

Guide traitant des femmes victimes
de violence et du système canadien
de justice pénale : lignes directrices à
l'intention des médecins



**Guide traitant des femmes
victimes de violence et du
système canadien de justice
pénale : lignes directrices à
l'intention des médecins**

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

***Guide traitant des femmes victimes de violence et du système
canadien de justice pénale : lignes directrices à l'intention des
médecins*** préparé par Lorraine E. Ferris, Asifa Nurani et Laura
Silver pour l'Unité de la prévention de la violence familiale, Santé
Canada.

Also available in English under the title ***A Handbook Dealing with
Woman Abuse and the Canadian Criminal Justice System:
Guidelines for Physicians.***

Les opinions exprimées dans ce document sont celles des auteurs et ne
reflètent pas nécessairement les points de vue de Santé Canada.

Il est interdit de reproduire ce document à des fins commerciales, mais
sa reproduction à d'autres fins est encouragée, à condition que la
source soit citée.

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de
substitution.

Pour obtenir plus de renseignements sur les questions de violence
familiale, veuillez communiquer avec :

Le Centre national d'information sur la violence dans la famille

Unité de la prévention de la violence familiale

Division des questions relatives à la santé

Direction générale de la promotion et des programmes de la santé

Santé Canada

Indice de l'adresse : 1907D1

7^e étage, immeuble Jeanne-Mance, Pré Tunney

Ottawa (Ontario), K1A 1B4, CANADA

Téléphone : 1-800-267-1291 ou (613) 957-2938

Télécopieur : (613) 941-8930

Téléimprimeur (FaxLink) : 1-888-267-1233 ou (613) 941-7285

ATME : 1-800-561-5643 ou (613) 952-6396

Site Web : <http://www.hc-sc.gc.ca/nc-cn>

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	v
PRÉFACE	vii
REMERCIEMENTS	ix
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION	1
CHAPITRE 2 : MANIFESTATIONS PHYSIQUES DE LA VIOLENCE FAITE AUX FEMMES	5
CHAPITRE 3 : MANIFESTATIONS PSYCHOLOGIQUES DE LA VIOLENCE FAITE AUX FEMMES	9
CHAPITRE 4 : L'IMPORTANCE DU DOSSIER MÉDICAL POUR FOURNIR DES SOINS DE HAUTE QUALITÉ ET DANS LES POURSUITES JURIDIQUES	11
CHAPITRE 5 : CONSERVATION D'ÉLÉMENTS DE PREUVE	15
CHAPITRE 6 : INTERROGER UNE PATIENTE SUR LA POSSIBILITÉ DE VIOLENCE CONJUGALE	17
CHAPITRE 7 : DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE PAR OPPOSITION AU DÉPISTAGE RÉSERVÉ AUX CAS SUSPECTS	21
CHAPITRE 8 : TRAITER AVEC LES FEMMES QUI RESENTENT DES RELATIONS DE VIOLENCE	23
CHAPITRE 9 : LES FEMMES AGRESSÉES ET LE SYSTÈME CANADIEN DE JUSTICE PÉNALE	25
CHAPITRE 10 : LES MÉDECINS EN TANT QUE TÉMOINS DANS DES AFFAIRES CRIMINELLES	29
CHAPITRE 11 : LA CONFIDENTIALITÉ ET LA DIVULGATION À LA POLICE ET AUX TRIBUNAUX	33
CHAPITRE 12 : LA VIOLENCE DANS LE CONTEXTE MÉDICAL	35

CHAPITRE 13 : MESURES IMMÉDIATES APRÈS LA RECONNAISSANCE DU PROBLÈME : ÉVALUATION DU RISQUE ET PLANIFICATION DE LA SÉCURITÉ	37
CHAPITRE 14 : PRÉOCCUPATIONS URGENTES APRÈS LA RECONNAISSANCE DU PROBLÈME : SUIVI ET RENVOIS	41
CHAPITRE 15 : TRAVAILLER EN ÉQUIPE POUR CONTRER LA VIOLENCE FAITE AUX FEMMES	43
CHAPITRE 16 : LA VIOLENCE CONJUGALE QUAND LES DEUX PARTENAIRES ONT LE MÊME MÉDECIN	45
ANNEXE : RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS	49
RENVOIS	55

AVANT-PROPOS

La violence est chose courante et, d'une façon ou d'une autre, peu importe notre situation, nous avons tous été victimes de ceux qui semblent obligés d'user de violence psychologique, sexuelle ou physique pour affirmer leur pouvoir. Pourtant, les victimes et les témoins hésitent trop souvent à signaler ces incidents ou à demander réparation, peut-être parce qu'ils croient à tort qu'on ne peut rien faire, qu'il s'agissait d'un incident isolé, que toute réaction pourrait provoquer d'autres comportements violents ou d'autres conséquences, ou que la victime le méritait d'une quelconque façon.

La violence faite aux femmes par leur partenaire ou conjoint est particulièrement troublante parce qu'elle est répandue et qu'elle se complique de l'interdépendance de la relation qui existe entre une femme et un homme. De plus, d'autres intervenants qui pourraient peut-être faire quelque chose — les médecins par exemple — hésitent souvent à s'immiscer dans l'intimité de la relation, même quand ils ont des raisons de croire à la présence de la violence. Ils évitent le risque d'être mêlés à des situations pouvant avoir des conséquences juridiques.

À l'instigation et avec le soutien financier de Santé Canada, la psychologue et épidémiologiste Lorraine Ferris, le spécialiste de la santé publique Asifa Nurani et l'avocate Laura Silver ont produit le présent ouvrage en collaboration, non seulement pour montrer l'ampleur du problème, mais pour aider les médecins à reconnaître les

manifestations de la violence faite aux femmes, à les consigner avec assez de détails pour que la preuve soit crédible en cour, de même qu'à aider la victime à recourir aux ressources communautaires. Dans la mesure du possible, les auteurs s'appuient sur des études pour étayer leurs recommandations et ils n'hésitent pas à indiquer quand les études sont équivoques ou inexistantes.

Les médecins ont le devoir de reconnaître la violence faite aux femmes et d'y réagir. Ce guide est un pas important pour les aider à s'acquitter de cette responsabilité.

Bruce P. Squires, MD, PhD
Mai, 1998

Bruce Squires est l'ancien rédacteur en chef du Service des publications de l'Association médicale canadienne et du Journal de l'Association médicale canadienne. Il est actuellement vice-président de la World Association of Medical Editors.

PRÉFACE

Madame D. se présente à sa consultation gynécologique de dépistage. Pendant le bilan des fonctions, elle se plaint d'insomnie et de symptômes compatibles avec l'angoisse. Elle a de nombreuses ecchymoses et les restes d'un œil au beurre noir, et elle raconte une histoire très improbable pour expliquer comment elle s'est blessée. Ayant des raisons de croire qu'elle est victime de la violence de son partenaire, le médecin mentionne que des gens ont parfois des blessures semblables parce que quelqu'un leur a fait mal. Il lui demande alors directement et avec insistance si c'est le cas. Elle le reconnaît.

Comme ce problème est répandu, il y a fort à parier que tous les médecins ont vu ou traité des femmes agressées par leur partenaire. Dans une enquête nationale de Statistique Canada¹ réalisée auprès de 12 300 femmes adultes, 30% (qui avaient déjà été mariées ou qui avaient vécu en union de fait) ont déclaré avoir été agressées par leur partenaire au moins une fois; presque 20 % plus d'une fois et presque 10 % plus de dix fois. Au Canada, entre 1974 et 1990, le taux de femmes tuées par leur conjoint s'établissait à 0,83 pour 100 000 habitants².

Dans le présent guide destiné aux médecins et aux étudiants en médecine, nous examinons le problème de la violence faite aux femmes, en particulier en ce qui a trait au contact des médecins avec le système canadien de justice pénale, et nous formulons des recommandations relatives à la pratique. Le chapitre 1 renferme des renseignements généraux sur la violence faite aux femmes et présente l'interface médico-légale. Les autres chapitres passent en revue des questions relatives à l'exercice de la médecine, des renseignements généraux et des recommandations cliniques. Dans chaque section, nous renvoyons à d'autres lignes directrices; nous ne connaissons aucun ensemble de lignes directrices couvrant à lui seul tous les domaines discutés ici.

Dans le présent guide, nous définissons la « violence faite aux femmes » comme la « violence physique ou psychologique qu'un homme fait subir à sa partenaire dans le but de dominer son comportement ou de l'intimider »³. Nous tenons compte ici de toutes les formes de violence visant à exercer un pouvoir et une domination — qu'elle soit physique, psychologique ou affective, économique ou sexuelle. Toutefois, la violence psychologique, affective ou économique (à moins qu'il s'agisse de fraude) n'est pas punissable comme une infraction criminelle (nous ne traitons pas de la violence conjugale dont la femme est l'auteur ou lorsqu'il s'agit d'une relation homosexuelle entre femmes).

REMERCIEMENTS

Les auteurs désirent remercier chaleureusement Katalin Kennedy, de Santé Canada, pour la contribution et l'appui qu'elle a fournis à ce projet. Merci beaucoup au Dr Bruce Squires d'avoir commenté une version antérieure de ce guide, à Susan Campbell pour son aide administrative, ainsi qu'à nos nombreux collègues pour leurs précieuse collaboration.



CHAPITRE 1

INTRODUCTION

La violence faite aux femmes comme problème important de santé publique

En Ontario, entre 1974 et 1990, la moyenne annuelle de femmes tuées par leur partenaire s'élevait à 32, soit entre 61 % et 78 % de toutes les femmes tuées dans la province². Le taux d'homicide conjugal dans l'ensemble du Canada est similaire³. La probabilité qu'une femme canadienne soit tuée par son conjoint est neuf fois plus élevée que la probabilité qu'elle soit tuée par un étranger⁴. De plus, la violence faite aux femmes fait un plus grand nombre de victimes, en fait de blessures ou de décès, que les accidents d'automobile, les vols, les agressions et les viols, collectivement⁵. Dans la dernière décennie, trois fois plus de femmes que d'hommes ont été tuées par leur conjoint chaque année. En 1996, 78 % (62) de toutes les victimes d'homicide conjugal étaient des femmes et 22 % (18) étaient des hommes⁶.

Selon Statistique Canada, en 1996, 49 % de tous les homicides par balles résolus impliquaient des personnes connues, 18 % un conjoint, 22 % d'autres parents et 11 % des étrangers. En tout, 34 % (27) de toutes les victimes d'homicide conjugal ont été tuées par balles⁷. Leesti⁸ rapporte qu'entre 1985 et 1994, la principale méthode employée pour tuer une conjointe était une arme à feu (40 %), puis une arme blanche (25 %), des volées de coups (18 %) et d'autres moyens (17 %).

Les femmes battues éprouvent de la souffrance physique et psychologique, et elles sont donc de grandes consommatrices de soins médicaux. Selon une enquête nationale réalisée par Statistique Canada auprès de 12 300 femmes adultes, 40 % des femmes victimes de violence ont dit s'être fait soigner pour des blessures physiques liées à la violence¹. Elles ont aussi déclaré que 45 % des agressions se sont soldées par des blessures, notamment des ecchymoses (90 %), des coupures, égratignures ou brûlures (33 %) et des fractures (12 %). Day⁹ estime qu'en 1992, 28 % des femmes canadiennes battues ont

demandé des soins médicaux à cause de la violence, à un coût estimatif de 1,5 milliard de dollars pour le système de soins de santé. Selon elle, ces coûts ne seraient que la pointe de l'iceberg et de nombreux cas resteraient non décelés. Quelques auteurs américains sont d'accord avec la conclusion de Day¹⁰⁻¹².

Il est difficile de déterminer dans quelle proportion les femmes maltraitées reçoivent des soins médicaux consécutifs à la violence qu'elles subissent, mais on l'estime entre 8 % et 39 %^{13,14}. Comparativement aux 1 718 femmes qui avaient déjà été victimes de violence, les 108 femmes qui étaient actuellement victimes de violence étaient plus susceptibles de recevoir des soins médicaux et d'aller à l'urgence, de présenter plus de symptômes physiques et un degré plus élevé de dépression, d'anxiété et de somatisation, d'avoir une estime de soi plus faible et d'avoir tenté de se suicider; elles et leur partenaire étaient aussi plus susceptibles d'avoir une dépendance à la drogue et à l'alcool¹⁵. McLeer et Anwar¹⁶ rapportent que 30 % des femmes blessées traitées à l'urgence devaient leurs blessures à la violence familiale. Hamberger, Saunders et Hovey¹⁷ ont constaté que sur 394 femmes cherchant à obtenir des soins de santé dans une clinique de médecine familiale, 22,7 % rapportaient avoir été agressées physiquement par leur partenaire au cours de l'année.

Selon l'enquête de Statistique Canada¹, les formes de violence physique les plus répandues rapportées par les femmes ayant déjà été agressées sont le fait d'être poussées, saisies et bousculées, l'un de ces gestes agressifs survenant dans 25 % des cas. De nombreuses femmes (44 %) ont rapporté qu'une arme avait été utilisée contre elles et 36 % d'entre elles, que l'arme était une arme à feu ou un couteau. Environ le tiers des répondantes rapportant avoir été maltraitées, dont 13 % qui vivaient alors dans une relation de violence, ont déclaré avoir craint pour leur vie à un certain point dans la relation.

La fréquence et la gravité des comportements agressifs augmentent habituellement, malgré les assurances que donnent les agresseurs que ce comportement ne se répétera jamais¹⁸. D'après nos connaissances, le comportement agressif ne s'arrête pas de lui-même sans intervention³.

Les taux de détection par des médecins praticiens sont faibles malgré la prévalence de la violence faite aux femmes et le taux élevé de consultations que les femmes maltraitées obtiennent des médecins^{11,12,14,19,20}. Même quand les patientes présentent des blessures physiques classiques et des problèmes psychosomatiques et affectifs connexes, les médecins ne posent pas le diagnostic approprié^{14,21,22}. Dans l'étude qu'ils ont réalisée auprès d'un échantillon national de 854 femmes américaines volontaires, Bowker et Maurer¹⁴ ont constaté que même si elles ont été agressées gravement pendant de longues périodes, seulement 334 (39 %) des femmes ayant reçu des soins médicaux ont rapporté avoir obtenu au moins une fois l'aide de médecins ou d'infirmières pour traiter leurs blessures. Stark, Flitcraft et Frazier¹² ont constaté que 25 % des femmes maltraitées avaient demandé des soins de santé au moins 11 fois pour des traumatismes et que 23 % de plus avaient consulté un médecin de six à dix reprises pour des blessures dues à la violence.

Les raisons pour lesquelles les médecins ne détectent pas la violence faite aux femmes sont complexes et découlent probablement d'une combinaison de facteurs, notamment des signes cliniques déroutants²³, l'absence d'interrogation directe sur l'existence possible de la violence¹¹, le manque de formation^{14,24}, des attitudes et des pratiques peu appropriées^{25,26}, l'hésitation des patientes à reconnaître ouvertement la violence^{27,28}, et le fait que le conjoint est également un patient du médecin²⁹.

L'interface médico-légale

La violence faite aux femmes est une infraction criminelle. En conséquence, en plus de détecter des cas de violence faite aux femmes et de traiter les problèmes médicaux, les médecins doivent aussi traiter avec le système de justice pénale quand un agresseur est inculpé. Même si le *Code criminel* canadien ne les énumère pas explicitement, la plupart des formes de violence faite aux femmes sont de nature criminelle : voies de fait, agression sexuelle, harcèlement criminel, intimidation et menaces. La violence psychologique, à elle seule, n'est pas criminelle (tableau 1).

Tableau 1. Exemples de mauvais traitements considérés ou non comme des crimes au Canada

Exemples de mauvais traitements physiques qui sont des crimes au Canada	coups; pincements; claques; poussées; coups de poing; coups de pied; brûlures; étranglement; morsures; blessures par balles; coups de couteau; coupures.
Exemples de violence sexuelle qui sont des crimes au Canada	contacts sexuels ou activités sexuelles non désirés et non consentuels.
Exemples de violence émotive ou de violence psychologique qui sont des crimes au Canada	le fait de menacer de faire mal à une personne ou à un tiers; le fait de détruire des effets personnels; le fait de suivre quelqu'un ou de communiquer avec quelqu'un à répétition; le fait de surveiller ou de se comporter d'une façon menaçante (harcèlement criminel).
Exemples de formes de violence émotive, psychologique et économique qui ne sont pas des crimes au Canada	humilier; insulter; ignorer; crier; injurier; dire à quelqu'un quoi faire, où aller, qui elle peut fréquenter; refuser à quelqu'un d'avoir de l'argent; interdire à quelqu'un d'obtenir un emploi.

Adapté de : *La violence est inacceptable peu importe la langue*. Ottawa (Ontario) : ministère de la Justice du Canada et Procureur général du Canada, 1995. Rapport n° HV 6626.23C3A38.

Compte tenu que la violence faite aux femmes est un crime, les médecins doivent comprendre comment le système de justice pénale fonctionne et le rôle qu'ils peuvent y jouer. Ainsi, le dossier médical peut prendre une place importante pour prouver ou infirmer une conduite criminelle. Il peut aussi favoriser un règlement plus rapide ou satisfaisant de l'affaire criminelle. Il renferme des détails sur la nature et l'étendue des blessures de la victime et on pourra s'y reporter pour corroborer les accusations de violence. La preuve peut renforcer la cause de la poursuite contre l'accusé ou convaincre l'agresseur de plaider coupable, ce qui épargne à la victime l'épreuve de témoigner et à la communauté, des coûts juridiques inutiles. De même, l'absence de preuve dans les dossiers médicaux peut aider à reconnaître une inculpation criminelle injustifiée. Dans les cas où la victime a tardé à présenter une plainte officielle à la police, le dossier médical peut confirmer l'assertion selon laquelle la violence a été continue ou s'aggrave.

Le système de justice pénale a réagi au problème de la violence faite aux femmes en élaborant des stratégies concertées qui comprennent des réformes législatives et la participation de la police, des procureurs de la Couronne et des agents de probation et de liberté conditionnelle. On a confié à la police le mandat d'inculper les contrevenants s'il existe des motifs raisonnables et plausibles de croire qu'une infraction a été commise, peu importe les souhaits de la victime. Les procureurs de la Couronne ont reçu le pouvoir de poursuivre énergiquement les agresseurs dans les cas de violence faite aux femmes, et les services de probation mettent en place des programmes de consultation psychosociale pour aider les contrevenants à comprendre leur problème et à briser le cycle de la violence. Les services offerts aux victimes peuvent varier d'une administration à l'autre.

Conclusion

Les cas de violence faite aux femmes présentent un grand défi aux médecins, qui doivent non seulement reconnaître l'existence de la violence et traiter efficacement avec elle, mais aussi traiter avec le système de justice pénale. À mesure que le système juridique et les tribunaux élaboreront une solution mieux coordonnée et plus rigoureuse au problème, les médecins seront appelés à traiter plus souvent avec le système juridique. Dans une étude nationale réalisée auprès d'omnipraticiens canadiens, 74,4 % des répondants ont mentionné avoir besoin de plus d'éducation sur ces questions juridiques et être prêts à assister à des ateliers sur ce sujet²⁸. Ce guide répond à ce besoin reconnu.

CHAPITRE 2

MANIFESTATIONS PHYSIQUES DE LA VIOLENCE FAITE AUX FEMMES

Points de pratique clinique

- La détection précoce de la violence faite aux femmes est importante pour assurer des soins de haute qualité.
- La détection précoce de la violence faite aux femmes contribue aux efforts du système judiciaire pour la lutte contre la violence.

Contexte

La violence faite aux femmes est si répandue que tous les médecins doivent acquérir les compétences nécessaires pour reconnaître, évaluer et traiter ses victimes. Plusieurs auteurs ont montré que souvent, les médecins ne pensent pas à la violence même quand ils traitent des blessures physiques « classiques » et des problèmes affectifs et psychosomatiques connexes^{14,21,22}. Dans ce chapitre, nous décrivons les signes cliniques que peut présenter une victime de violence conjugale.

Les blessures physiques découlant de la violence faite aux femmes comprennent habituellement des traumatismes à la tête, au visage, au cou, aux seins et à l'abdomen et tendent à être concentrées dans les régions habituellement cachées par les vêtements³⁰. Elles se distinguent des blessures accidentelles, qui touchent habituellement la périphérie du corps. Stark et ses collègues¹² rapportent que les victimes de violence familiale sont 13 fois plus susceptibles que les victimes d'accidents de subir des blessures à la poitrine, au thorax ou à l'abdomen. Chez les femmes enceintes, les coups portés à ces régions du corps sont courants et risquent même d'augmenter^{31,32}. On peut voir des marques d'abrasion ou le contour d'un objet, comme une boucle de ceinture, ou des brûlures d'appareils électriques, d'éléments de cuisinière, de cigarettes, d'acide ou de liquide brûlant.

Étant donné que la femme maltraitée peut avoir été battue à plusieurs reprises pendant une certaine période, elle peut présenter plusieurs blessures mineures à divers stades de

guérison³³, par exemple d'anciennes ecchymoses virant au jaune à côté de nouvelles ecchymoses. Comme les hommes violents ont tendance à répéter les mêmes comportements d'un épisode à l'autre, une victime peut avoir un faisceau de blessures à divers stades de guérison — toutes dans la même région du corps. On doit présumer que la femme ayant manifestement des blessures à divers stades de guérison^{34,35} est victime de violence. Les femmes battues tardent souvent à se faire traiter et parfois, les blessures non traitées ne seront apparentes qu'à l'examen radiologique³¹.

Les agresseurs emploient souvent des armes à feu contre les femmes (chapitre 1). La plupart des médecins sont peu susceptibles de traiter des femmes ayant été blessées par balles, mais ils devraient savoir que les blessures par balles sont de bons indicateurs d'une agression aux mains d'un partenaire plutôt que d'une agression aux mains d'un étranger.

Enfin, le stress de vivre dans la violence continue peut engendrer des affections récurrentes, notamment des maux de tête, de l'insomnie, des sensations d'étouffement, l'hyperventilation et des douleurs gastro-intestinales, thoraciques, pelviennes et dorsales^{19,36}. Il faut envisager la violence comme une cause probable pour la femme qui présente de façon ponctuelle ou, surtout, à répétition, des plaintes vagues continues et qui se montre évasive, évite le contact visuel, semble honteuse ou gênée, ou dont les blessures ne concordent pas avec l'explication qu'elle en donne^{12,37}.

Le dépistage de la violence faite aux femmes prend deux formes : l'entretien et l'examen physique. Dans l'entretien, les médecins devraient demander à leur patiente si elle a déjà subi des agressions et s'il y a des facteurs de risque comme la présence d'armes à feu dans la maison. Certains croient que les victimes sont plus à l'aise de communiquer cette information à un médecin

qu'à d'autres professionnels³⁰, mais nous ne savons rien du degré de sensibilité ni de la précision des questions demandées par le médecin³⁸. À l'examen physique, l'apparence ou l'endroit des brûlures, ecchymoses et autres lésions peut fournir des raisons de soupçonner la violence. Les blessures multiples n'ayant aucune explication plausible sont aussi suspectes. Nous ne savons rien de la sensibilité ni de la précision de cette forme de dépistage³⁸ utilisée par les médecins.

La violence pendant la grossesse

On a estimé que la prévalence de la violence contre les femmes enceintes se situe entre 0,9 % et 20,1 %, tandis que la prévalence de la violence en tout temps varie de 9,7 % à 29,7 %³⁹. Les études n'ont pas encore confirmé si l'homme est plus susceptible de commencer à être violent pendant la grossesse de sa partenaire ou si la gravité ou la fréquence des incidents violents augmente ou diminue, ou si la violence cesse complètement⁴⁰ pour les femmes qui vivaient déjà la violence avant d'être enceintes. Dans une étude menée auprès de 742 patientes de cliniques d'obstétrique, Hillard³⁶ rapporte que 81 femmes (10,9 %) avaient été victimes de violence dans le passé et 36 % d'entre elles disaient que la violence avait diminué pendant la grossesse. Dans une autre étude, Hilberman et Munson¹⁹ rapportent que la grossesse est liée à une diminution de la violence familiale, ce qui inciterait peut-être quelques femmes à essayer de se protéger par des grossesses à répétition. Toutefois, dans une vaste enquête communautaire, les taux de violence se sont avérés supérieurs dans les ménages où la femme était enceinte au moment de l'entretien⁴¹. On a constaté que pour une femme enceinte, le risque de violence mineure était 28,3 % plus grand que pour une femme non enceinte; le risque de violence grave serait 60 % plus grand, et le risque global d'une quelconque forme de violence serait 35,6 % plus grand. Dans une autre enquête effectuée par Statistique Canada⁴², on rapporte que 21 % des femmes maltraitées par leur partenaire actuel ou antérieur l'avaient été pendant une grossesse.

Les traumatismes subis pendant la grossesse peuvent avoir des conséquences négatives considérables tant pour la mère que pour le fœtus, par exemple la fausse couche, le décollement du placenta, la mortinaissance, le travail et l'accouchement prématurés et un faible poids à la naissance^{22,43,44}. D'autres problèmes qui peuvent nuire à la grossesse, comme la toxicomanie, la mauvaise alimentation, la dépression et l'accès tardif ou sporadique à des soins prénatals, peuvent aussi être liés à la violence³³. Lent⁴⁵ et Gelles⁴⁶ ont laissé entendre que

l'accroissement du risque de violence pendant la grossesse peut être lié à l'ambivalence de l'agresseur face à la grossesse, à la vulnérabilité plus grande de la femme, aux pressions économiques croissantes et à la disponibilité sexuelle réduite. Dans un échantillon aléatoire de 290 femmes enceintes, Helton, McFarlane et Anderson⁴⁷ ont constaté que le principal facteur de prédiction d'incidents de violence pendant la grossesse est la violence antérieure. Dans cette étude, 87,5 % des femmes maltraitées pendant la grossesse avaient aussi été maltraitées avant la grossesse. Stewart⁴⁸ rapporte que 95 % des 30 femmes maltraitées pendant le premier trimestre de la grossesse l'ont aussi été pendant la période postpartum et que le nombre moyen d'incidents de violence par femme (2,1) était nettement supérieur pendant la période postpartum que pendant les trois mois précédant la conception (1,5).

D'autres études sont nécessaires pour comprendre l'apparition et la séquence de la violence pendant la grossesse afin d'élaborer des programmes de prévention et d'intervention fondés sur des données⁴⁰. Toutefois, on a fait des progrès énormes en établissant que la violence pendant la grossesse survient plus souvent que d'autres complications faisant l'objet d'un dépistage régulier (p. ex., le diabète gestationnel, la prééclampsie), avec des conséquences souvent graves sur la santé^{39,49}.

Agression sexuelle

Bien qu'on l'oublie souvent, l'agression sexuelle est une partie intégrante de la violence entre des partenaires intimes. Dans une des premières études à cerner la prévalence du viol conjugal, Russell⁵⁰ estime que 14 % des femmes non célibataires avaient été agressées sexuellement au moins une fois par leur conjoint. En 1980, Frieze⁵¹ a rapporté que 34 % des femmes faisant partie d'un échantillon de femmes battues disaient avoir été violées par leur conjoint. La *American Medical Association*⁵² rapporte que les femmes de tous âges sont plus susceptibles d'être agressées sexuellement par leur partenaire ou ex-partenaire que d'être violées par des connaissances, ou d'autres membres de la famille ou des étrangers. La *American Medical Association*⁵³ dit aussi que l'exploitation sexuelle survient plus souvent dans des relations où d'autres formes de violence sont présentes et que le viol est une forme de violence importante ou significative dans 54 % des ménages violents. Toutefois, la source de cette affirmation n'est pas claire.

Peu de victimes de violence décrivent leur expérience comme une agression. Koss, Gidycz et Wisniewski⁵⁴ ont constaté que seulement 27 % des femmes dont les

expériences correspondaient aux définitions légales du viol se décrivaient elles-mêmes comme des victimes de viol. Les femmes qui étaient agressées par des étrangers étaient plus susceptibles de qualifier leur expérience de viol. La plupart des femmes ne considéraient pas ce qu'elles avaient vécu comme une quelconque forme de crime, même si elles admettaient sans hésiter que ces expériences étaient extrêmement pénibles^{54,55}.

Le chapitre 4 fournit de l'information aux médecins sur l'examen physique dans des cas présumés ou confirmés d'agression sexuelle.

Recommandations

- Prenez sérieusement en considération la violence conjugale quand les blessures subies ne concordent pas avec le récit fourni.
- Soyez à l'affût de signes de blessures antérieures ou de blessures à divers stades de guérison.
- Soyez conscient des sites courants de blessures (p. ex., à la tête, au cou, au visage, à la gorge, à la poitrine, à l'abdomen) et des faisceaux de blessures multiples.
- Lors de l'examen physique, faites un examen visuel pour détecter des blessures aux côtes, aux seins, à l'aîne et à d'autres parties du corps couvertes par les vêtements.
- Soyez à l'affût des blessures aux os ou aux tissus mous, notamment des lacérations à la tête ou au visage, des dents brisées, la mâchoire fracturée ou disloquée, des contusions, des marques d'abrasion, des cheveux arrachés, des yeux au beurre noir, les tympan perforés, des brûlures causées par des cigarettes, de l'huile chaude, des éléments de cuisinières et des acides, une fracture de la clavicule ou des côtes, des marques de strangulation, des lésions internes, des morsures, une hémorragie rétinienne et des signes d'agression sexuelle.
- Envisagez la possibilité de violence quand la femme se rend souvent à l'urgence pour se faire soigner.
- Les blessures par balles et par lames sont étroitement liées à la violence conjugale et devraient être traitées comme extrêmement suspectes, à moins qu'il y ait des preuves solides laissant croire que l'attaque n'est pas le fait d'un partenaire.
- Surveillez les signes d'agression sexuelle.

Autres lignes directrices

Ces recommandations sont conformes à celles d'autres groupes^{18,52,56}. Si les études ne permettent pas de déterminer avec assurance que la grossesse constitue un risque particulier de mauvais traitements, la plupart des lignes directrices laissent entendre que la violence augmente ou débute pendant la grossesse^{18,56}. Quoi qu'il en soit, les mauvais traitements pendant la grossesse peuvent avoir des conséquences négatives importantes pour la femme et le fœtus, et cette violence sera plus fréquente que d'autres complications de la grossesse (p. ex., le diabète gestationnel).



CHAPITRE 3

MANIFESTATIONS PSYCHOLOGIQUES DE LA VIOLENCE FAITE AUX FEMMES

Points de pratique clinique

- La violence psychologique peut s'accompagner de violence physique ou y conduire, et il faut en tenir compte pour assurer des soins de qualité appropriés.
- Les réactions psychologiques à la violence sont parfois déroutantes.

Contexte

Catégories de violence psychologique

Les femmes maltraitées physiquement sont aussi habituellement maltraitées du point de vue psychologique. Comme la violence physique, la violence psychologique est employée pour établir une domination sur une autre personne⁵⁷. Elle peut prendre l'une ou l'autre des formes suivantes : isolement social de la victime, jalousie et surveillance excessives, menaces de sévices, gestes d'intimidation, dénigrement verbal, attribution à la victime du blâme pour la violence qu'elle subit, injures, humiliation en public, cris, réprimandes, harcèlement, destruction de l'estime de soi de la victime, et des cycles de violence aiguë alternant avec le repentir et la réconciliation⁵⁸⁻⁶⁰.

La violence psychologique n'est pas une infraction criminelle (à l'exception des éléments indiqués au tableau 1 du chapitre 1), mais les médecins devraient quand même la prendre au sérieux parce qu'elle peut constituer un indicateur précoce de la violence physique⁶¹ et peut avoir un effet préjudiciable sur la femme et son bien-être^{32,41}. Plusieurs grandes catégories de mauvais traitements psychologiques peuvent avoir un effet cumulatif. Ainsi, la domination économique, comme le fait d'interdire à la femme de travailler, la faire congédier, restreindre ses ressources financières, refuser de payer ses factures, détruire sa réputation comme débiteur et ne pas payer la pension alimentaire, peu être humiliante, aboutir à un isolement social et accroître l'anxiété que la femme

éprouve face à l'obligation de subvenir à ses besoins fondamentaux et à ceux de ses enfants⁶².

Réactions psychologiques de la femme

On emploie l'expression « syndrome de la femme battue » pour décrire un éventail de comportements et de stratégies d'adaptation chez les femmes maltraitées. Les symptômes les plus fréquents associés à ce syndrome comprennent la peur, la dépression, la culpabilité, la faible estime de soi et des symptômes associés à un état de stress post-traumatique. On croit que ces symptômes sont des stratégies d'adaptation qui aident la victime à composer avec la violence. Toutefois, ils peuvent aussi contribuer à une paralysie qui la pousse à rester avec le conjoint violent au lieu de partir⁶³.

Jaffe et ses collaborateurs⁶⁴ ont relevé des taux plus élevés de dépression clinique et de plaintes somatiques chez des femmes ayant été maltraitées que chez celles ne l'ayant pas été. D'autres chercheurs ont relevé des taux plus élevés de dépression, de troubles anxieux et de toxicomanie^{65,66}, de maladie mentale, de suicide⁶⁷, de maux de tête, d'insomnie, de sensations d'étouffement, d'hyperventilation, de douleurs gastro-intestinales, thoraciques, pelviennes et dorsales, de faible estime de soi, de signes de névrose d'anxiété, d'idées suicidaires, et de dérogation à la posologie des médicaments^{15,23,53,68}.

Il y a d'autres préoccupations si les mauvais traitements comprennent la violence sexuelle. Kilpatrick et ses collaborateurs⁶⁹ ont interviewé un échantillon représentatif de 2 004 femmes adultes au sujet de leur expérience de victimisation et de leurs problèmes de santé mentale; 19,2 % des victimes d'agression sexuelle mais seulement 2,2 % des non-victimes (des femmes qui ne correspondaient à aucune des huit catégories de victimisation) avaient tenté de se suicider. Dans une étude réalisée auprès de 2 099 femmes, Groeneveld et Shain⁷⁰ ont constaté que la consommation de somnifères était

40,5 % plus élevée et l'utilisation de médicaments destinés à soulager l'anxiété était 74 % plus élevée chez les 7,7 % de femmes qui avaient été maltraitées. Dans un échantillon communautaire de 406 femmes mariées, Ratner⁷¹ a constaté que celles qui déclaraient être maltraitées physiquement étaient 8,1 fois plus susceptibles d'avoir une dépendance à l'alcool que celles qui n'avaient pas été maltraitées. Pour les femmes déclarant être victimes de violence psychologique, la proportion s'établissait à 5,3 fois. Finn⁷² a constaté qu'une femme battue sur sept présentait une consommation excessive d'alcool, et une femme battue sur dix consommait ou abusait de drogues, en particulier des médicaments prescrits comme des sédatifs et des somnifères, en apparence pour pallier la peur et l'anxiété accompagnant les mauvais traitements^{12,72}. Les médecins devraient interroger les femmes au sujet de la violence avant de prescrire des médicaments ou d'autres traitements qui ne peuvent servir qu'à tolérer une situation de violence^{12,72}.

Recommandations

- Envisagez la présence de violence psychologique (avec ou sans violence physique) quand vous observez :
 - de la crainte ou de la colère envers le partenaire masculin;
 - un stress, un état de stress post-traumatique, d'autres troubles d'anxiété ou de la dépression (p. ex., perturbations du sommeil et de l'appétit, fatigue, signalement de crises de larmes graves ou de sentiments d'isolement, pensées suicidaires, crises d'anxiété aiguës, douleurs chroniques sans cause identifiable, maux de tête, douleurs au dos, à la poitrine ou à l'estomac, plaintes gastro-intestinales ou abdominales, palpitations, étourdissements, paresthésie, essoufflement);
 - des problèmes gynécologiques fréquents, des douleurs pelviennes;
 - l'utilisation fréquente ou à long terme de tranquillisants légers prescrits, d'analgésiques ou de drogues psychotropes.
 - Aidez la patiente à reconnaître la gamme de comportements violents qu'elle subit et dites-lui qu'elle ne mérite pas un tel traitement.
- Envisagez la présence de violence quand il y a des antécédents de tentatives de suicide, d'utilisation à long terme de médicaments psychotropes, de maladies psychiatriques ou de toxicomanie.
 - Soyez à l'affût de la violence physique et surveillez-en l'apparition.

Autres lignes directrices

Ces recommandations sont conformes à celles d'autres groupes^{18,52,56}.

CHAPITRE 4

L'IMPORTANCE DU DOSSIER MÉDICAL POUR FOURNIR DES SOINS DE HAUTE QUALITÉ ET DANS LES POURSUITES JURIDIQUES

Points de pratique clinique

- Le dossier médical devrait garantir la haute qualité et la continuité des soins prodigués à la femme maltraitée.
- Dans les cas de violence faite aux femmes, le dossier médical doit comprendre toute l'information pertinente et toutes les manifestations cliniques.
- La police, les avocats et les tribunaux peuvent utiliser le dossier médical pour prouver qu'un crime a été commis. Il joue donc un rôle important dans les poursuites judiciaires.

Contexte

Contrairement à la plupart des autres problèmes de santé, la violence faite aux femmes nécessite une communication entre les spécialistes de la médecine et du droit. Les médecins qui traitent des femmes battues ne sont pas tenus de recueillir des preuves légales, mais ils sont susceptibles de participer directement ou indirectement aux poursuites judiciaires qui s'ensuivent. Si l'agresseur est inculpé, les avocats et les tribunaux peuvent se fier au dossier médical décrivant les blessures que la victime a subies pour fournir des preuves concrètes de la violence présumée. En conséquence, les médecins doivent savoir quelle information il faut verser au dossier médical de la victime.

Contenu du dossier médical

Les signes cliniques de la violence faite aux femmes peut être déroutante. Une documentation appropriée est donc essentielle pour la reconnaître et faire un suivi convenable. Pour poser un diagnostic exact et entreprendre un traitement adapté, les médecins doivent s'enquérir de la nature et de la cause des blessures présentées. Si les blessures physiques d'une patiente ne sont pas compatibles avec l'explication qu'elle en donne ou si elle présente des problèmes continuels qui n'ont

aucune origine organique, les médecins doivent prendre en considération la possibilité de la violence.

Les praticiens doivent tenir méticuleusement des dossiers cliniques. En général, il est préférable de demander lors de l'examen médical si les blessures sont le résultat de la violence conjugale dès qu'on en soupçonne l'existence, tout comme on étudierait d'autres hypothèses sur la cause d'une maladie.

À des fins médicales et judiciaires, le dossier médical — que Sharpe⁷³ décrit comme la meule sur laquelle le médecin peut aiguiser ses souvenirs de ce qui a transpiré pendant la visite ou la consultation — doit être complet et précis. Il doit contenir les antécédents médicaux pertinents de la patiente, une description détaillée des blessures et de leur origine, une carte corporelle, les résultats de tous les tests de laboratoire et diagnostiques, le traitement médical requis, si l'hospitalisation a été nécessaire ou non, les progrès pendant l'hospitalisation, et l'état de santé au moment du congé. On devrait noter le récit détaillé, dans les propres mots de la patiente, de la cause déclarée de la blessure (en omettant les longs commentaires qui s'écartent du sujet de la violence). Le dossier devrait aussi inclure les grandes lignes de toute information écrite ou verbale que le médecin a fournie à la patiente.

Il faut décrire toutes les blessures de la façon la plus précise possible, en indiquant le type de blessure, l'endroit (par rapport à des repères fixes ou des régions anatomiques), la longueur et la largeur (en centimètres) et la forme, la couleur et la profondeur s'il y a lieu⁷⁴. On doit utiliser un schéma anatomique pour indiquer les détails de l'examen physique. Le dossier devrait indiquer les parties du corps blessées, celles qui fonctionnent normalement et celles qui ont été affectées par des blessures ou des maladies avant l'incident en question.

Si des spécimens cliniques ont été prélevés, il est important d'indiquer clairement dans le dossier médical ce qui a été prélevé et à qui les spécimens ont été transmis. Nous en parlons de façon plus approfondie au chapitre 5.

Le dossier devrait inclure de l'information sur l'état psychologique de la femme et indiquer toutes les sources utilisées pour tirer des conclusions. Le médecin doit aussi noter l'attitude psychologique de la femme, y compris les expressions du visage et les gestes. S'il a été impossible d'examiner ou d'interviewer la femme en l'absence du partenaire, cela devrait être mentionné.

Quand c'est possible, le dossier médical devrait inclure des photographies. Elles montrent clairement les sites et l'apparence exacte des blessures et sont considérées comme des preuves indiscutables en cour criminelle. De toute évidence, il n'est peut-être pas réaliste de prendre des photos dans le cours normal de l'exercice quotidien de la médecine, et l'on ne tiendra pas rigueur au médecin de n'avoir pas documenté les blessures de cette façon. Toutefois, le médecin devrait penser à offrir de le faire si la chose est possible, et ceux qui ont une clientèle féminine nombreuse devraient envisager d'acheter un appareil photo. On doit obtenir le consentement écrit de la patiente et respecter les lignes directrices suivantes⁷³.

- Prendre les photos avec un appareil couleur Polaroid^{MC}. La couleur peut être une caractéristique importante de la blessure et l'utilisation d'un appareil Polaroid^{MC} permet de confirmer immédiatement si la photo rend bien la réalité.
- Si c'est possible, photographiez toutes les blessures visibles avant toute intervention médicale. Si un traitement est nécessaire, prenez aussi des photographies après l'intervention.
- Nettoyez toutes les plaies avant de les photographier, à moins qu'il soit important de saisir leur apparence initiale. (D'un point de vue juridique, il serait préférable de prendre des photos avant que les plaies soient nettoyées puis, peut-être, après.)
- Photographiez les blessures sous plusieurs angles et utilisez un objet de référence (p. ex., un cent ou une règle) afin de montrer la taille de la blessure.
- Il faut inclure le visage ou la main de la patiente dans au moins une photo pour garantir qu'on puisse la reconnaître.

- Prenez au moins deux photos de chaque blessure : une à une distance qui permet d'inclure des repères anatomiques pour situer la blessure, et une plus près pour saisir des détails.
- Inscrivez l'information suivante au verso de chaque photo : nom de la patiente, date, lieu de la blessure, nom du photographe, noms des témoins et nom du médecin traitant.

Conservation et transfert des dossiers médicaux

Selon Sharpe⁷³, le médecin doit conserver les dossiers médicaux jusqu'à ce qu'il soit convaincu qu'il n'en aura plus besoin pour poursuivre le traitement de la patiente, justifier des paiements d'impôt sur le revenu ou appuyer une poursuite judiciaire. Au minimum, les documents doivent être conservés aussi longtemps que l'exigent les organes de réglementation provinciaux ou territoriaux ou les régimes d'assurance-maladie gouvernementaux. Dans les cas d'agression, la durée de conservation des documents peut dépendre de la période de prescription pour les procédures pénales, dans l'administration où le cabinet est situé. Au Canada, il n'y a en général aucune période de prescription après laquelle une accusation criminelle ne peut plus être portée. D'un point de vue pratique, la police et les procureurs peuvent être peu enclins à entreprendre des procédures si une affaire est ancienne parce que des problèmes de preuve peuvent se poser. Toutefois, des exceptions peuvent être faites dans les cas de violence faite aux femmes, parce que les victimes ont tendance à ne pas signaler immédiatement les agressions. Une victime peut prendre des années avant de signaler une agression, si elle le fait un jour. En conséquence, il est difficile de déterminer combien de temps on devrait conserver les dossiers dans ces cas. Comme il n'y a peut-être aucune façon de savoir depuis combien de temps le problème de violence existe et si on portera des accusations, les médecins devraient envisager, dans les cas de violence, de conserver les dossiers médicaux plus longtemps qu'ils le feraient habituellement.

Un problème connexe concerne la façon de traiter la demande d'une patiente de transférer son dossier médical à un autre médecin. Nous conseillons aux médecins de ne pas transférer les dossiers dans de tels cas, puisque cela pourrait faire en sorte que l'auteur ne disposera pas de ses notes originales s'il devait y avoir enquête ou procédure juridique⁷³. Sharpe⁷³ suggère qu'avec la permission écrite de la patiente, on envoie à l'autre médecin un résumé de l'information pertinente contenue dans le dossier médical.

Recommandations

- Incluez dans vos notes médicales sur la violence que la patiente a subie :
 - les antécédents médicaux;
 - le problème principal dont la victime se plaint (mot à mot);
 - une description du mauvais traitement (mot à mot);
 - une description détaillée des blessures, y compris le type de blessure, l'endroit (par rapport à des repères fixes et des régions anatomiques), la longueur, la largeur, la forme, la couleur et la profondeur;
 - les résultats de tests de laboratoire et d'autres épreuves diagnostiques;
 - le diagnostic;
 - une preuve du traitement médical fourni;
 - les photographies, s'il y a lieu.
- Indiquez minutieusement les spécimens cliniques qui ont été prélevés et à qui ils ont été transmis (chapitre 5).
- Envisagez de conserver les dossiers médicaux plus longtemps que d'habitude dans les cas présumés de violence parce qu'il n'y a aucune façon de savoir quand ou si ils peuvent être utiles dans une cause criminelle.
- Ne transférez pas un dossier médical à un autre médecin : envisagez plutôt d'envoyer à l'autre médecin, avec la permission écrite de la patiente, un résumé de l'information pertinente contenue dans le dossier.

Autres lignes directrices

Ces lignes directrices sont conformes aux lignes directrices américaines³² et à d'autres lignes directrices canadiennes²⁹.

CHAPITRE 5

CONSERVATION D'ÉLÉMENTS DE PREUVE

Points de pratique clinique

- La preuve matérielle relative à une agression doit être recueillie et conservée.
- On doit respecter un protocole pour garantir la validité de la preuve afin que celle-ci puisse être utilisée en cour.

Contexte

Les mauvais traitements infligés à une patiente peuvent être considérés comme des actes criminels. En conséquence, il faut bien préserver tous les éléments de preuve recueillis au cours d'un examen médical. Il peut s'agir notamment de photos prises par le médecin, de fiches médicales, d'échantillons de liquides corporels, d'armes, de vêtements déchirés ou d'objets brisés. Pour qu'un article soit admissible en cour, il doit y avoir continuité de la preuve qui établit que l'article est vraiment ce qu'on prétend et que l'échantillon a été manipulé de manière à ne pas être contaminé. Si un spécimen clinique est prélevé, le médecin doit attester par écrit que le spécimen provient de la patiente et que le test a été effectué correctement.

Les éléments de preuve matérielle se rapportant à une agression obtenus pendant l'examen médical doivent être recueillis avec soin pour qu'ils soient admissibles en cour. Il faut clairement identifier les articles sans que les marques d'identification n'altèrent la preuve. Ne marquez pas directement les articles : placez plutôt chaque échantillon ou spécimen clinique dans un contenant (p. ex., un flacon de prélèvement sanguin, un bocal de spécimen, une enveloppe) dont l'étiquette porte le nom de la patiente, le numéro d'identification de l'hôpital, la date du prélèvement, la nature du spécimen et les initiales de la personne qui a fait le prélèvement. Pour prévenir la décomposition, on doit sécher à l'air les articles souillés par des fluides biologiques avant de les emballer. Les échantillons sanguins doivent être réfrigérés.

Le dossier médical de la patiente doit indiquer les échantillons prélevés et à qui ils ont été transmis (p. ex., au laboratoire, à un policier). Les transferts successifs de la preuve doivent être consignés, puisque toute interruption de la continuité peut rendre la preuve inadmissible en cour⁷⁴. Si les éléments de preuve doivent être recueillis puis stockés (p. ex., quand la victime n'a pas encore décidé de porter plainte), on doit prendre des mesures pour garantir qu'ils restent en bon état. Les enveloppes, les contenants de spécimens, et autres contenants, doivent être scellés, collés avec du ruban adhésif et paraphés de manière à être inviolables, puis stockés dans un endroit sûr.

Recommandations

- Familiarisez-vous avec les éléments de preuve qui peuvent être nécessaires pour des poursuites judiciaires.
- Familiarisez-vous avec le protocole légal de collecte et de conservation de la preuve pour la cour.
- Si vous avez un doute, communiquez avec votre association médicale, votre collègue, l'aide juridique ou un avocat privé.
- Si la police est intervenue, ayez le numéro de téléphone des agents à portée de la main au cas où vous auriez besoin de poser des questions ou d'obtenir des conseils sur la collecte et la conservation d'éléments de preuve.

Autres lignes directrices

Ces lignes directrices sont conformes avec d'autres lignes directrices^{29,76}.

CHAPITRE 6

INTERROGER UNE PATIENTE SUR LA POSSIBILITÉ DE VIOLENCE CONJUGALE

Points de pratique clinique

- Les victimes de violence conjugale consultent souvent un médecin si elles ont besoin de soins médicaux.
- Les victimes sont plus susceptibles de révéler l'existence de la violence si on les interroge à ce propos.
- Le dépistage de la violence augmente la probabilité que les services médicaux, sociaux et juridiques interviennent avant que la femme ne subisse des blessures plus graves, voire mortelles.

Contexte

Une femme maltraitée est plus susceptible de chercher de l'aide auprès de son médecin de famille qu'auprès de psychiatres, de policiers ou d'avocats^{20,32,77}. Dans une étude, on a constaté que le tiers des femmes battues ont consulté leur médecin de famille au moins une fois pendant qu'elles vivaient dans une relation de violence⁷⁸. Malgré tout, les taux de dépistage par les médecins sont faibles^{12,14}. Le traitement prescrit, y compris les sédatifs et les antidépresseurs, peut être peu approprié si on ne diagnostique pas la violence conjugale. Ces médicaments peuvent augmenter le risque de suicide ou même de provoquer une escalade de la violence⁵².

S'enquérir de la possibilité de violence

Le faible taux de détection s'explique peut-être par le fait qu'en établissant le bilan des fonctions ordinaires, les médecins n'interrogent pas leurs patientes à propos de la possibilité de violence. Friedman et ses collaborateurs⁷⁹ ont sondé des patientes et des médecins dans deux services de soins primaires à Boston. Parmi les 164 patientes interrogées, 16 % ont déclaré subir des mauvais traitements physiques; de ce nombre, 81 % étaient en faveur d'un dépistage de routine. Parmi les 27 médecins, 67 % ont déclaré ne jamais poser de questions à propos de la violence physique à la première visite, 59 % ont

rapporté ne pas le faire lors des visites annuelles et aucun n'a dit le faire régulièrement. Dans le chapitre 7, nous traitons en détail de la question du dépistage de routine par opposition au dépistage réservé aux cas suspects.

Une enquête réalisée en 1995 auprès de 648 femmes s'étant présentées à plusieurs centres de soins de santé de Denver a révélé que le taux de violence familiale grave chez les femmes soignées à l'urgence s'établissait à 11,7 %⁸⁰. Même si 47 femmes présentaient des signes aigus de violence, six d'entre elles seulement ont été interrogées à ce sujet. Un examen subséquent de tous les dossiers disponibles a révélé que la violence familiale grave n'avait été signalée que dans deux dossiers sur 828.

Une étude canadienne¹¹ réalisée auprès de 29 médecins de famille a révélé que 38 % d'entre eux n'interrogent jamais leurs patientes directement à propos de la possibilité de violence. Toutefois, dans une vaste étude nationale réalisée auprès de 963 médecins de famille omnipraticiens, on constate que presque tous croient qu'ils devraient poser la question aux femmes ayant des blessures suspectes (98,8 %) et des difficultés émotives (97,7 %)²⁸.

Si on ne leur en parle pas directement, les femmes ne disent habituellement pas à leur médecin qu'elles sont maltraitées⁸⁰, peut-être parce qu'elles craignent des représailles, qu'elles ont honte de leur situation ou qu'elles ont peur que le médecin ne respecte pas le secret professionnel. Certaines études laissent croire que ces sentiments peuvent être plus présents si le médecin connaît le partenaire de la femme^{18,81}.

Rounsaville et Weissman⁸² ont constaté que si on avait questionné directement les femmes battues au sujet de la violence, la plupart d'entre elles auraient admis les faits. D'autres chercheurs ont aussi constaté que si le médecin de famille avait questionné les femmes avec bienveillance

au sujet de la violence conjugale, celles-ci auraient admis l'existence du problème^{20,83}. Ces données montrent à quel point il est important que les médecins interrogent leurs patientes au sujet de la violence conjugale s'ils veulent leur fournir des soins médicaux appropriés.

Comment parler de la possibilité de la violence

Il y a essentiellement deux façons de parler de la violence. La première consiste à utiliser un instrument de dépistage spécialisé prenant la forme d'une interview ou d'un questionnaire auquel la patiente répond seule. La seconde consiste à inclure quelques questions sur la violence dans l'entretien avec la patiente. Selon le *US Preventive Services Task Force*⁸⁴, les études disponibles ne permettent pas de se prononcer pour ou contre l'utilisation d'instruments de dépistage spécialisés en matière de violence familiale, mais il peut être recommandé de poser quelques questions directes sur la violence. Nous décrivons ici comment les médecins pourraient parler de la violence à leurs patientes.

D'abord, il est essentiel de créer un climat exempt de tout jugement et de mettre la patiente à l'aise^{5,52}. Si c'est possible, il faut voir la femme seule et noter dans le dossier médical si d'autres personnes sont présentes²⁹. La situation peut être difficile si la patiente ne parle pas couramment la langue du médecin et si elle souhaite qu'un membre de la famille ou un ami agisse comme interprète pendant l'entretien et l'examen. Il devient alors très difficile de parler de la violence. On pourrait trouver dans le personnel de l'hôpital ou de la clinique un volontaire qui parle la langue de la patiente et qui servira d'interprète, mais des problèmes pratiques peuvent se poser. Une autre solution serait de diriger la femme vers une clinique ou un centre de santé compétent, dont le personnel parle sa langue et comprend sa culture.

Même si on interview ou examine la femme seule, elle peut encore hésiter à admettre que ses blessures sont dues à la violence parce qu'elle craint pour sa sécurité, qu'elle a honte, qu'elle souhaite protéger l'agresseur ou qu'elle est dépendante de son conjoint sur le plan financier^{29,52}. La violence familiale est présente dans toutes les couches de la société, à tous les niveaux de revenu et dans tous les groupes ethniques⁸⁵, mais les croyances culturelles et religieuses d'une femme peuvent influencer la perception qu'elle a de la violence⁵². Les questions doivent être posées dans un langage clair et simple, sans jugement ni intimidation. On a aussi suggéré d'interroger la patiente sur des actes particuliers plutôt que sur un problème

global. Ainsi, il peut être préférable de parler de gifles ou de coups plutôt que de « violence conjugale ».

On ne sait pas très bien si une approche directe ou indirecte est préférable. Quelques auteurs suggèrent de commencer par des questions directes et de passer à des questions indirectes au besoin, tandis que d'autres croient qu'il est préférable de commencer par des questions indirectes⁸⁶. Voici quelques exemples de questions indirectes :

- « Comment ça va dans votre relation? »
- « Comment vous y prenez-vous, vous et votre partenaire, pour régler les conflits? »
- « Qu'arrive-t-il quand vous ou votre partenaire êtes en colère? »
- « Vous avez mentionné que votre partenaire consomme de l'alcool : comment agit-il quand il a pris un verre de trop? »

Voici quelques exemples de questions directes :

- « Avez-vous peur de votre partenaire? »
- « Votre partenaire vous a-t-il déjà obligée à avoir des relations sexuelles contre votre gré? »
- « Parfois, des gens ont des blessures comme celles-là parce que quelqu'un les a frappés : est-ce que quelqu'un vous a frappée? »

Les médecins peuvent choisir d'employer une approche directe ou indirecte selon qu'ils connaissent plus ou moins bien la patiente, le degré de réceptivité de cette dernière et la solidité des éléments de preuve (p. ex., des blessures physiques très suspectes par opposition à des manifestations psychologiques possibles de violence). D'un point de vue juridique, les questions indirectes ouvertes sont préférables parce qu'elles écartent la possibilité que le témoignage ait été influencé par une suggestion inappropriée ou une question qui suggère la réponse. Quelle que soit l'importance de ces préoccupations, aucune étude ne compare directement les deux styles d'interview; le jugement clinique du médecin est peut-être le meilleur guide.

Il est difficile de parler d'agression sexuelle parce que beaucoup de femmes vivant dans une relation intime ne qualifient peut-être pas des actes sexuels violents d'agression^{50,87}. Il est peut-être préférable de formuler la

question comme suit : « Quelqu'un vous a-t-il obligée à faire quelque chose que vous ne vouliez pas faire? » au lieu de demander : « Avez-vous été agressée sexuellement? » Encore une fois, c'est un choix entre l'interrogation directe et indirecte, et si l'affaire devait se rendre en cour, on pourrait considérer que les questions directes suggèrent la réponse. Pour faire ce choix, il faut prendre en considération la meilleure façon de fournir des soins médicaux de haute qualité à une patiente, et tenir compte de préoccupations comme les maladies transmises sexuellement ou la grossesse non désirée.

On devrait toujours questionner directement les femmes maltraitées qui ont des enfants pour savoir si leur partenaire frappe ou maltraite les enfants. Si la femme décrit des antécédents de mauvais traitements infligés à ses enfants, ou si on soupçonne de tels comportements, on doit communiquer avec les services à l'enfance et à la famille. Les médecins doivent connaître leurs obligations légales en matière de déclaration par rapport aux cas présumés de violence faite à des enfants, y compris comment faire une déclaration, à qui et pour quels motifs. De plus, on doit informer la femme de son obligation légale de signaler ces cas. La *American Medical Association*⁵² indique que lorsqu'on soupçonne l'existence de violence à l'endroit d'enfants, il devrait y avoir un effort concerté entre les défenseurs des victimes de violence familiale et les organismes de services de protection de l'enfance afin de garantir la sécurité des femmes et des enfants.

Les médecins doivent savoir qu'il existe des preuves selon lesquelles les hommes qui maltraitent leur partenaire sont aussi susceptibles de maltraiter leurs enfants²⁰, et que 30 % à 40 % des enfants qui sont témoins d'agressions conjugales subissent aussi des mauvais traitements physiques⁵⁸.

Recommandations

- Soyez vigilant en ce qui concerne la violence faite aux femmes.
- Posez des questions simples.
- Exercez votre jugement clinique pour choisir entre des questions directes ou indirectes.
- S'il y a des enfants à la maison, posez des questions pour savoir s'ils sont maltraités.
- Montrez de l'empathie.

- Ne portez pas de jugement.
- Interviewez la femme seule, si c'est possible, et dans un contexte confidentiel.
- Abordez le sujet par une phrase bienveillante (p. ex., « Vos blessures m'inquiètent. »).
- Informez la patiente que l'information restera confidentielle à moins qu'il y ait une obligation légale de la divulguer.

Autres lignes directrices

En grande partie, ces lignes directrices sont conformes à d'autres lignes directrices^{18,52,56}. Toutefois, il est clair que les lignes directrices cliniques favorisent vivement l'emploi de questions directes^{52,56,89-91}, au lieu de s'en remettre au jugement clinique du médecin, comme nous le recommandons ici.



CHAPITRE 7

DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE PAR OPPOSITION AU DÉPISTAGE RÉSERVÉ AUX CAS SUSPECTS

Points de pratique clinique

- La qualité des soins dépend de la capacité à détecter la cause d'un problème de santé.
- Le dépistage précoce d'un cas présumé de violence conjugale peut contribuer aux efforts du système judiciaire pour lutter contre la violence.
- La détection de cas de violence conjugale peut se faire par un dépistage systématique ou par un dépistage visant uniquement les cas suspects.

Contexte

Plusieurs groupes, dont la *American College of Obstetricians and Gynecologists*⁹² et la *American Medical Association*^{5,52,93}, appuient le dépistage systématique de la violence conjugale chez toutes les patientes. D'autres auteurs signalent que les avantages du dépistage systématique n'ont pas été évalués directement; ils favorisent que l'on déploie plus d'efforts pour détecter la violence ou recommandent un dépistage dans les cas suspects^{29,84,94}. Ceux qui sont en faveur d'un dépistage systématique soutiennent que les signes cliniques de la violence physique peuvent être discrets et que si les médecins se limitent à ne poser des questions que dans les cas suspects, ils risquent de passer à côté. On pourrait aussi soutenir que le degré de sensibilisation et de sensibilité des médecins par rapport à la violence faite aux femmes varie et que beaucoup d'entre eux ne soupçonnent rien même quand les signes sont apparents.

L'appui au dépistage systématique découle surtout d'un consensus et repose en grande partie sur la reconnaissance de la prévalence de la violence et sur le nombre de cas non détectés. Malheureusement, nous n'avons pas de preuve suffisante qui établirait, dans une comparaison directe, qu'une méthode est plus efficace que l'autre sur le plan du dépistage des cas, du coût ou de la qualité des

soins. Il y a jusqu'à présent peu de raisons de croire qu'un dépistage systématique amènera les victimes à révéler ou à confirmer l'existence de violence; c'est-à-dire que des cas peuvent rester non détectés, peu importe la méthode de dépistage employée. Enfin, nous savons peu de choses sur les préférences de la plupart des femmes à propos du dépistage systématique. Une étude importante effectuée dans un contexte de soins primaires qui s'intéressait aux préférences des patientes et aux pratiques des médecins par rapport aux questions sur les expériences de violence a été publiée⁷⁹. Parmi les 164 patients interrogés (104 femmes et 60 hommes), 78 % étaient en faveur d'un dépistage systématique de la violence physique (75 % de l'échantillon de femmes) et 58 % étaient en faveur de cette pratique pour l'exploitation sexuelle (63 % de l'échantillon des femmes). Toutefois, seulement 7 % des répondants ont dit avoir déjà été interrogés au sujet de la violence physique et 6 % au sujet de l'agression sexuelle. Le tiers des 27 médecins étaient en faveur d'un dépistage systématique. D'autres études sont nécessaires sur ce que pensent les patients de la perspective d'être interrogés systématiquement et des effets éventuels de cette démarche sur la relation qu'ils ont avec le médecin, en particulier quand ce dernier soigne tous les membres de la famille.

Peu importe la démarche retenue, Waller et ses collègues⁹³ laissent entendre que le médecin et le personnel doivent croire à son utilité et doivent être prêts et aptes à l'utiliser comme partie intégrante de la prestation des soins aux patients. Une étude nationale, réalisée auprès de 963 médecins de famille et omnipraticiens du Canada, révèle qu'environ 98 % des répondants croient qu'ils devraient poser des questions concernant la présence de violence quand les femmes consultent pour des blessures suspectes ou des troubles affectifs²⁸. Malheureusement, comme les auteurs n'ont pas demandé aux médecins s'ils étaient prêts à faire un dépistage systématique, il est impossible de déterminer les préférences de ces derniers à ce sujet.

À tout le moins, les médecins devraient poser des questions quand ils ont des raisons de croire que leur patiente est maltraitée. De toute évidence, ils doivent se montrer très vigilants. Dans le chapitre 2, nous avons décrit les manifestations physiques qui devraient inciter les médecins à soupçonner la présence de violence conjugale. Toutefois, il existe d'autres motifs de soupçonner la violence : antécédents de « prédisposition aux accidents », explications peu plausibles des blessures, et explications simplistes, souvent vagues, des blessures⁹⁵. Les plaintes somatiques fréquentes devraient aussi éveiller des soupçons^{37,96,97}. Ces plaintes peuvent aller de l'insomnie, de la dépression, de l'irritabilité et des idées suicidaires aux douleurs abdominales, pelviennes et thoraciques et aux maux de tête (chapitre 3)³⁷.

Recommandations

- Le dépistage systématique fait largement consensus. Toutefois, nous ne disposons pas d'assez de preuves pour appuyer sans réserve le dépistage systématique de préférence au dépistage réservé aux cas suspects.
- Le jugement clinique devrait régir le choix de la méthode de dépistage, mais il est essentiel d'appliquer une des deux méthodes.
- Si le médecin choisit de ne faire un dépistage que dans les cas douteux, il est important qu'il soit vigilant en examinant les patientes qui courent un risque accru d'être victimes de violence physique, et en évaluant les facteurs de risque potentiels de blessures graves.

Lignes directrices antérieures

Tous les groupes croient qu'il est essentiel que les médecins restent extrêmement vigilants et interrogent les patientes dans les cas où il y a des raisons de croire à l'existence de violence conjugale. Les lignes directrices favorisent vivement le dépistage systématique^{52,58,90,98}, au lieu de laisser la question à la discrétion du médecin comme nous l'avons recommandé ici. La *American Medical Association*⁵² recommande le dépistage systématique chez les patientes examinées à l'urgence et dans les contextes de soins chirurgicaux, primaires, pédiatriques, prénatals et de santé mentale. Selon le *US Preventive Services Task Force*⁵⁴, les preuves sont insuffisantes pour recommander l'emploi d'instruments de dépistage particuliers. Ce groupe de travail soutient aussi que les preuves sont insuffisantes pour se prononcer pour ou contre le dépistage systématique, mais il est possible de formuler des recommandations fondées sur d'autres motifs (cotation « C »). Il peut être recommandé d'inclure quelques questions directes au sujet de la

violence, compte tenu de la prévalence du problème, de l'utilité éventuelle de cette information pour la qualité des soins ainsi que du faible coût et du faible risque⁵⁴. De plus, selon le groupe de travail, tous les médecins devraient être à l'affût des signes et des symptômes physiques et comportementaux liés à la violence conjugale. D'autres auteurs semblent opter pour un dépistage dans les cas suspects^{29,94}. Jusqu'à présent, les études n'ont pas clairement établi ce que la plupart des femmes pensent du dépistage systématique et si les médecins l'intègrent dans leur pratique. Ce qui est clair, c'est que les médecins doivent faire un dépistage, qu'il soit systématique ou réservé aux cas douteux.

CHAPITRE 8

TRAITER AVEC LES FEMMES QUI RESTENT DANS DES RELATIONS DE VIOLENCE

Points de pratique clinique

- Une femme peut rester dans une relation de violence même après avoir confirmé qu'elle existe.
- Une femme peut retourner dans une relation de violence après avoir réussi à en sortir.

Contexte

A priori, quelques conduites et stratégies d'adaptation adoptées par les femmes maltraitées peuvent sembler difficiles à comprendre et les médecins trouvent souvent frustrant que les femmes ne quittent pas des relations de violence ou ne s'en sortent que pour y retourner peu de temps après^{59,99,100}. Le phénomène est courant. Ainsi, la moitié des femmes ayant été hospitalisées pour soigner leurs blessures retournent chez elles quant elles obtiennent leur congé¹⁰¹. Pourtant, ce comportement d'apparence bizarre peut s'expliquer : les études montrent que les femmes courent peut-être un risque plus grand si elles essaient de quitter une relation de violence. Les données de Statistique Canada¹⁰² montrent que près de la moitié des cas signalés de meurtres de femmes en 1989 et 1990 sont survenus à l'époque où la victime et son assassin étaient en voie de négocier une séparation ou un divorce et, dans 40 % des cas, il y avait eu une séparation récente. L'analyse des données de Statistique Canada¹⁰² laisse croire que les couples séparés courent un plus grand risque d'homicide que les couples en cohabitation — six fois pour les femmes et trois fois pour les hommes⁴.

Nous avons déjà parlé un peu au chapitre 3 des raisons qui poussent les femmes à rester dans des relations de violence. Elles restent parce qu'elles peuvent être convaincues que leur mari ou partenaire changera; elles peuvent se sentir responsables de la violence ou elles peuvent avoir été menacées de mort ou de blessures corporelles si elles tentent de partir. De plus, des facteurs sociaux et économiques puissants dictent et limitent la gamme des possibilités qui s'offrent à de nombreuses

femmes¹⁰³. Greaves, Heapy et Wylie¹⁰⁴ disent qu'à mesure que le nombre d'enfants augmente, la probabilité qu'une femme quitte une telle relation diminue. C'est une constatation troublante parce que les enfants des femmes maltraitées souffrent souvent de problèmes psychologiques, qu'ils vivent eux-mêmes la violence ou qu'ils n'en soient que les témoins. Jaffe et ses collègues⁶⁴ ont constaté que les garçons exposés à la violence entre leurs parents souffrent de problèmes d'adaptation semblables à ceux des enfants qui ont été eux-mêmes maltraités. Dans une autre étude¹⁰⁵, les mêmes chercheurs ont constaté que 35 % des fils et 20 % des filles de femmes maltraitées présentaient des problèmes de comportement et des retards d'adaptation sociale. Pour leur part, Mehta et Dandrea²⁰ ont constaté que les hommes violents envers leur femme sont plus susceptibles que les hommes non violents d'agresser aussi leurs enfants. Une enquête de Statistique Canada⁴² sur la violence faite aux femmes corrobore la théorie d'un cycle de la violence d'une génération à l'autre. L'enquête a aussi révélé que les femmes dont le beau-père est violent sont trois fois plus susceptibles (36 %) que les femmes dont le beau-père est non violent (12 %) d'être agressées par leur partenaire. De plus, 39 % des femmes vivant dans une relation de violence ont rapporté que leurs enfants avaient été témoins de la violence qu'elles avaient subie⁴².

D'après les réponses à un questionnaire rempli par 524 femmes dans une clinique pour femmes battues, Greaves, Heapy et Wylie¹⁰⁴ concluent que les mesures relatives du risque, mais non les mesures absolues (qu'il s'agisse de pertes économiques, du risque social ou psychologique ou des menaces de blessures graves) sont celles qui ont le plus d'incidence quand une femme évalue ses choix. Les facteurs économiques qui peuvent influencer sur la décision d'une femme de rester avec son partenaire violent comprennent la crainte de la diminution de son niveau de vie, le fait de ne pas avoir d'argent à elle ou de n'avoir nulle part où vivre à peu de frais, et l'incapacité réelle ou

imaginée d'obtenir un emploi^{106,107}. Il est impératif que le médecin ne porte pas de jugement de valeur quand une femme reste dans une relation de violence ou quand elle y retourne, parce que de tels jugements peuvent accroître son sentiment d'isolement et de désespoir⁸¹. Le but du médecin, lors de la consultation, n'est pas d'amener la femme à déclarer qu'elle va quitter son agresseur, mais de l'aider à acquérir un sentiment d'indépendance et d'estime de soi qui l'amènera à se défaire de la violence dans sa vie¹⁰¹. Le médecin ne peut déterminer le moment où il est plus sûr pour la femme de partir, et les tentatives en ce sens peuvent s'avérer vaines.

Le médecin ne peut appeler la police au nom de la patiente sans le consentement de cette dernière, peu importe la mesure dans laquelle il craint pour la sécurité de la patiente. Il est certainement indiqué de conseiller à une patiente maltraitée de communiquer avec la police et d'offrir de l'aider à le faire si elle le désire. Toutefois, la patiente a le droit de refuser. Même si elle peut avoir intérêt à coopérer à une enquête policière, son droit au secret doit être respecté. Plusieurs administrations des États-Unis ont légiféré pour obliger ou autoriser les médecins à porter les cas de violence faite aux femmes à l'attention des autorités, avec ou sans le consentement de la victime, mais le Canada ne l'a pas fait. Toutefois, au Canada, une tierce personne a le droit de demander une ordonnance d'engagement de ne pas troubler l'ordre public au nom de la victime. Cependant, les médecins devraient savoir que les règles régissant l'exercice de la médecine ne leur permettent pas de prendre cette mesure sans le consentement de la femme.

Recommandations

- Ne blâmez pas la victime et ne simplifiez pas la situation.
- Reconnaissez les sentiments personnels que vous éprouvez en traitant avec une patiente qui ne quitte pas une relation de violence ou qui y retourne.
- Prenez garde que vos sentiments personnels ne compromettent pas votre capacité à traiter efficacement la patiente.
- Prenez conscience qu'il faudra peut-être plusieurs discussions avant qu'une femme s'avoue à elle-même l'existence de la violence.
- Ne lui conseillez pas avec insistance de partir, mais assurez-vous qu'elle connaît les choix qui s'offrent à elle.

- Reconnaissez la violence et exprimez votre préoccupation pour la sécurité et le bien-être de votre patiente.
- Chaque fois que l'occasion se présente, renforcez l'idée que personne ne mérite d'être agressé et que ce n'est pas sa faute.
- Fournissez-lui des documents d'éducation et de l'information sur des organismes communautaires et des refuges (chapitre 14).
- Faites les renvois nécessaires à des services d'aide psychosociale, des organismes communautaires et des refuges (chapitre 14).
- Continuez de lui témoigner de l'empathie.

Autres lignes directrices

De nombreux groupes ont discuté du phénomène des femmes qui restent dans des relations de violence et plusieurs font des recommandations qui sont conformes avec celles énumérées ci-dessus^{18,32}.

CHAPITRE 9

LES FEMMES AGRESSÉES ET LE SYSTÈME CANADIEN DE JUSTICE PÉNALE

Points de pratique clinique

- Si les policiers sont appelés, ils peuvent porter une accusation criminelle s'ils ont des motifs raisonnables de croire qu'un crime a été commis, peu importe les souhaits de la victime.
- Les policiers peuvent encourager les femmes à consulter un médecin pour faire soigner leurs blessures et obtenir des éléments de preuve du crime.

Contexte

En 1983, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont confirmé la nature criminelle de la violence faite aux femmes en ordonnant aux policiers et aux procureurs de la Couronne de porter des accusations quand il y a des motifs raisonnables de croire qu'une infraction criminelle a été commise, peu importe les souhaits de la victime¹⁰⁸.

Beaucoup de femmes immigrantes et réfugiées craignent d'avoir affaire au système de judiciaire, peut-être en raison de l'expérience qu'elles ont vécue avec la police de leur propre pays ou par crainte d'être déportées. Quand le statut d'immigrant est en jeu, les femmes doivent savoir que leur statut au Canada ne changera pas automatiquement parce que des accusations ont été portées ou que des poursuites ont été intentées. Elles doivent aussi savoir qu'il est essentiel d'obtenir des conseils juridiques indépendants. Dans une étude réalisée auprès de 64 femmes canadiennes qui ne parlaient ni le français ni l'anglais assez bien pour chercher de l'aide, MacLeod et Shin¹⁰⁹ ont constaté que 44 (69 %) avaient été agressées par leur mari et que la violence avait tendance à commencer ou à empirer après l'arrivée du couple au Canada. Bien que la violence tend habituellement à s'intensifier, la tendance observée chez les femmes immigrant au Canada peut être simplement liée à l'épidémiologie générale de la violence.

Le dépôt d'accusations par la police contre les maris violents réduit le nombre de nouveaux incidents de violence. Burris et Jaffe¹¹⁰ ont montré à London, en Ontario, que le fait que la police porte des accusations réduit nettement le nombre d'accusations retirées ou rejetées. Jaffe et ses collègues¹¹¹ ont étudié l'incidence qu'a eue la directive donnée à la police de porter des accusations d'agression. Ils ont constaté que le nombre d'accusations a été multiplié par 25 et que toutes les formes de violence familiale ont diminué globalement dans les 12 mois qui ont suivi. Dans une étude américaine, Sherman et Berk¹¹² ont constaté que le fait d'arrêter un partenaire violent était deux fois plus efficace que d'autres stratégies policières, comme séparer le couple et offrir des conseils, pour réduire les nouveaux incidents de violence signalés par la victime, sur une période de six mois.

Un policier qui répond à un appel de violence familiale a la responsabilité de rétablir l'ordre, d'enquêter, de recueillir des preuves et de protéger les victimes. Pendant l'enquête, la police recueille toute l'information pertinente, y compris les déclarations de la victime et des témoins, des rapports médicaux, des photographies et d'autres éléments de preuve, comme les armes pouvant avoir été employées. Dans l'éventualité où l'enquête révèle des motifs *raisonnables* — c'est-à-dire qu'un citoyen ordinaire, prudent et avisé serait convaincu que les faits ou les circonstances fournissent une raison de croire au-delà de simples soupçons — de croire qu'un crime a été commis, l'agent peut porter des accusations criminelles. Les policiers ne devraient pas forcément se laisser influencer par l'un ou l'autre des facteurs suivants :

- la situation conjugale des parties;
- les dispositions prises lors d'appels antérieurs à la police impliquant les mêmes parties;

- la réticence de la victime à assister à des poursuites judiciaires ou la conviction du policier qu'elle n'y assistera pas;
- les assurances verbales de l'une ou l'autre des parties que la violence cessera;
- les démentis de l'une ou l'autre des parties quand il y a des signes probants qu'il y a eu violence;
- les craintes relatives aux représailles que le suspect pourrait faire à la victime;
- la race, l'origine ethnique, l'orientation sexuelle, la classe sociale ou la profession de la victime¹¹³.

Si des accusations criminelles sont portées, l'agent prépare un résumé de la cause pour le procureur de la Couronne (sauf en Colombie-Britannique, au Québec et au Nouveau-Brunswick, où la police ne peut porter d'accusations que lorsque la Couronne l'y autorise). La décision d'arrêter l'agresseur ou de porter des accusations peut être prise indépendamment de la volonté de la plaignante. Si la police choisit de ne pas porter des accusations, des simples citoyens peuvent le faire s'ils peuvent convaincre un juge de paix qu'il y a des motifs raisonnables de croire qu'un crime a été commis. De plus, si aucune accusation n'est portée, la police, la victime ou un tiers peut demander une ordonnance d'engagement à respecter l'ordre public en vertu du *Code criminel*, qui oblige le contrevenant présumé à respecter les conditions énoncées, qui comprennent habituellement l'interdiction d'entrer en rapport avec la victime.

Les violations au *Code criminel* peuvent déboucher sur deux types d'accusations criminelles : acte criminel, ou infraction punissable sur déclaration sommaire de culpabilité. Quelques infractions, les *infractions hybrides*, peuvent être traitées comme une infraction punissable sur déclaration sommaire de culpabilité ou comme un acte criminel. Les infractions punissables sur déclaration sommaire de culpabilité comprennent les actes criminels les moins graves et s'accompagnent en général d'une peine maximale de 2 000 \$ d'amende ou de 18 mois d'emprisonnement. Les actes criminels sont plus graves et comprennent les voies de fait causant des lésions corporelles, l'agression sexuelle grave, la tentative de meurtre et le meurtre. Pour ce qui est des infractions hybrides, le procureur décidera de la procédure en fonction des faits et des circonstances entourant le crime, y compris du casier judiciaire de l'accusé, le cas échéant,

de la gravité des allégations et du délai écoulé entre l'incident et son signalement. Voici les accusations criminelles particulières qui peuvent être portées dans un cas de violence faite à une femme :

- voies de fait,
- harcèlement criminel,
- voies de fait graves,
- voies de fait causant des lésions corporelles,
- agression sexuelle,
- agression sexuelle grave,
- agression sexuelle causant des lésions corporelles,
- menace de causer la mort ou des lésions corporelles,
- profération de menaces,
- agression sexuelle avec une arme,
- intimidation,
- séquestration,
- tentative de meurtre et meurtre.

D'autres accusations peuvent comprendre la violation d'une ordonnance judiciaire ou le bris d'une condition d'une ordonnance, d'un cautionnement ou d'une probation. Pour accuser quelqu'un d'une infraction, la police peut se contenter de motifs raisonnables. Cependant, pour condamner un accusé, la poursuite doit prouver les accusations au-delà de tout doute raisonnable.

Il incombe au policier d'enquêter sur le crime et de déposer des accusations, mais le bureau du procureur général est l'unique responsable de la poursuite. Il n'y a que la Couronne qui peut retirer des accusations une fois qu'elles ont été portées. La plupart des bureaux des procureurs de la Couronne ont le mandat de poursuivre énergiquement et systématiquement tous les cas de violence faite aux femmes, et une affaire peut suivre son cours malgré le désir de la plaignante d'abandonner les accusations ou son refus de témoigner.

Recommandations

- Quand vous décrivez une agression, soyez conscient que des accusations criminelles pourront être portées un jour et que vos dossiers médicaux pourront être produits en preuve devant un tribunal.
- Prodiguez le même soutien et la même empathie aux femmes qui souhaitent porter plainte qu'à celles qui s'y refusent.

Autres lignes directrices

Les présentes lignes directrices sont conformes à d'autres lignes directrices^{29,114}.



CHAPITRE 10

LES MÉDECINS EN TANT QUE TÉMOINS DANS DES AFFAIRES CRIMINELLES

Points de pratique clinique

- Les médecins peuvent être appelés à participer à des procédures pénales.
- Les médecins doivent être prêts et disponibles pour comparaître en cour, au besoin.

Contexte

Le système canadien de justice pénale est tenu de traiter l'accusé avec équité tout en protégeant l'intérêt public. Le processus permet de présenter et de contester des éléments de preuve en cour. Dans des poursuites pénales, il incombe à la Couronne de prouver les actes imputés à l'accusé au-delà de tout doute raisonnable. Le doute raisonnable doit jouer en faveur de l'accusé.

Pendant un procès, le juge des faits (le juge ou le jury) se prononce sur ce qui est effectivement arrivé d'après les éléments de preuve qui lui sont soumis. Les règles de la preuve déterminent ce qu'un tribunal peut prendre en considération pour statuer sur les faits d'une cause. La preuve — qu'elle soit documentaire, matérielle ou tangible, ou qu'il s'agisse d'un témoignage verbal — doit être jugée légalement pertinente pour qu'on puisse la présenter en cour¹¹⁵. Après avoir déterminé les faits, le juge ou le jury doit appliquer le droit aux faits pour déterminer les conséquences appropriées.

Preuve documentaire

Par preuve documentaire, on entend toute preuve présentée par écrit, y compris des dossiers médicaux, des rapports et des déclarations sous serment¹¹⁵. Dans le passé, les cours se sont montrées réticentes à permettre de présenter des dossiers médicaux parce qu'on croyait que ces documents enfreignaient un principe fondamental du droit de la preuve, c'est-à-dire la *règle du oui-dire*¹¹⁶. Selon cette règle, le juge ou le jury ne peut considérer que des déclarations extrajudiciaires écrites ou verbales constituent une preuve de leur contenu. Ainsi, la note

d'un médecin indiquant dans un dossier médical qu'une patiente a été agressée par son mari n'est pas admissible en cour pour prouver que le mari a agressé la patiente : la victime elle-même doit en témoigner. L'idée est qu'avant d'accorder un quelconque poids au témoignage d'un témoin, ce dernier devrait être tenu de comparaître en cour pour témoigner sous serment, et pour que son témoignage soit mis à l'épreuve lors du contre-interrogatoire par la partie adverse. La principale raison d'exclure le oui-dire est l'absence de l'occasion de contester le témoignage par un contre-interrogatoire^{117,118}. Le juge ou le jury devrait aussi avoir l'occasion d'observer le témoin afin de déterminer le poids qu'il faut accorder à son témoignage.

Toutefois, il y a de nombreuses exceptions à la règle du oui-dire. Dans la plupart des provinces, des lois permettent de déposer en preuve les dossiers médicaux provenant des hôpitaux et des cabinets de médecins, pourvu qu'ils aient été faits dans le *cours normal des activités*¹¹⁶ — c'est-à-dire au cours de la pratique médicale ou hospitalière de tous les jours. Un rapport médical rédigé par un médecin reconnu peut généralement être admis en preuve, même en l'absence du médecin à la cour^{119,120}. La Cour suprême a jugé qu'un dossier médical peut être considéré comme une preuve *prima facie* des faits qui y sont énoncés¹¹⁶. Toutefois, quand les faits consignés au dossier médical sont controversés ou quand la partie adverse insiste pour exercer son droit de contre-interroger, le médecin peut être appelé à témoigner.

Témoignage verbal

Par témoignage verbal (témoignage de vive voix), on entend le témoignage donné verbalement, sous serment ou son équivalent, par des témoins à la barre des témoins¹¹⁵. Le témoignage doit en général porter sur des faits dont le témoin a directement été témoin, qu'il a directement vécus ou dont il a une connaissance directe. Les médecins

peuvent être appelés à témoigner dans les affaires de violence faite aux femmes, par la défense ou par la Couronne. En pratique, le médecin est plus susceptible d'être appelé à témoigner par la poursuite pour corroborer les allégations d'agression. Dans certains cas, l'avocat de l'accusé peut chercher à faire témoigner le médecin pour tenter de miner la crédibilité de la plaignante ou démontrer des contradictions entre diverses versions de l'incident.

Les médecins en tant que témoins

Les tribunaux s'attendent à un degré élevé de compétence et de connaissances médicales de la part des médecins qui témoignent¹²¹. Les médecins ne comparaissent pas pour aider une partie ou l'autre mais pour donner un témoignage impartial, honnête, équitable et mesuré^{121,122}. Les témoins experts sont là essentiellement pour aider la cour et non la partie qui les a convoqués¹²². Comme on peut s'y attendre, les avocats mettront l'accent sur les aspects du témoignage de l'expert qui peuvent être favorables à leur client¹²¹.

Si un médecin est appelé à témoigner, ce sera habituellement pour l'une des raisons suivantes :

■ Attester des blessures physiques

Le médecin praticien peut être appelé à témoigner des événements entourant l'évaluation et le traitement d'une patiente. Dans de tels cas, le médecin ne devra témoigner que des points qu'il a directement observés et dont il a personnellement eu connaissance¹¹⁵. Le témoignage, y compris les notes sur l'examen physique et le traitement, les photographies et les diagrammes, pourra servir à corroborer ou à confirmer les allégations de violence ou à prouver la nature et l'étendue des blessures et la douleur dont la patiente a souffert.

■ Décrire les antécédents d'une relation de violence

En vertu des règles de la preuve, la preuve médicale de la violence antérieure peut être admise. La poursuite peut ainsi prouver l'intention criminelle ou le motif, exposer les faits ou le contexte des allégations particulières dont la cour est saisie ou réfuter la défense d'accident ou de bonne moralité. De plus, un témoignage montrant des antécédents de comportement violent peut être pertinent au moment de déterminer la peine, si l'accusé est trouvé coupable. Manifestement, si l'incident de violence n'est pas isolé mais fait partie d'un cycle de conduite violente, il sera pris plus au sérieux et attirera des conséquences plus lourdes.

■ Donner une opinion d'expert

Même si en général, un témoin n'a pas le droit d'exprimer une opinion ni de formuler une conclusion sur les faits en cause, celui qui a été reconnu comme un *expert* étant donné sa formation ou son expérience, comme un docteur autorisé à exercer la médecine, peut être à même de formuler une opinion¹²³. Ainsi, un médecin pourrait expliquer comment les blessures ont été causées. Avant d'être autorisé à donner une opinion, le témoin doit être *reconnu* comme un expert du domaine dans lequel il aura à se prononcer¹²⁴. Les opinions d'experts qu'on obtient habituellement des médecins qui soignent des victimes de violence conjugale portent notamment sur la question de savoir si une blessure est compatible ou incompatible avec l'application d'une force délibérée (p. ex., les caractéristiques des blessures peuvent exclure un accident), le type d'agression (p. ex., si une arme a été employée), le degré de force exercée, ou l'âge de la blessure.

On peut aussi demander le témoignage d'un expert médical pour expliquer le syndrome de la femme battue, c'est-à-dire pourquoi une femme peut avoir toléré de nombreux incidents de violence avant de les signaler, ou être restée avec son agresseur, ou avoir rétracté ses allégations¹²⁵.

■ Prouver des déclarations contradictoires

Une nouvelle exception à la règle du oui-dire fait en sorte que si une femme dit à son médecin qu'elle a été agressée par son conjoint puis rétracte plus tard en cour ses allégations, la poursuite peut tenter de faire admettre en cour sa déclaration initiale. Les déclarations extrajudiciaires non retenues — c'est-à-dire les déclarations extrajudiciaires que la personne aie ensuite en cour — sont admissibles si elles sont *nécessaires et valables* pour prouver un fait en cause^{126,127}. Étant donné que les conditions légales préalables pour faire admettre des déclarations extrajudiciaires contradictoires de cette façon sont relativement onéreuses, la poursuite ne tentera pas de le faire dans tous les cas de rétractation. Cependant, les rétractations sont fréquentes dans les cas de violence faite aux femmes et cette réforme du droit est donc importante pour les procureurs, et elle peut leur donner un moyen de prouver des accusations quand il y a eu rétractation¹²⁸.

La défense peut aussi employer les versions contradictoires des allégations pour tenter de miner la crédibilité de la victime. Si le témoignage de la plaignante

au procès est différent du récit qu'elle a fait à son médecin, la défense soutiendra qu'on ne doit pas croire la plaignante parce qu'elle n'est pas digne de foi ou que sa mémoire est peu fiable. Il est essentiel que les médecins enregistrent avec soin et précision le récit de la patiente pour éviter qu'on mette injustement en doute sa crédibilité. Toutefois, il est plutôt rare qu'on conteste la crédibilité de la plaignante de cette façon, parce qu'il n'est pas parfaitement établi que les déclarations enregistrées dans les notes des médecins satisfont aux critères légaux des *déclarations antérieures* sur lesquelles un témoin peut être contre-interrogé.

Recommandations

- Un médecin appelé à témoigner devrait envisager de demander d'être préparé au procès par l'avocat.
- Soyez bien informé des faits de la cause.
- Avant les procédures judiciaires, ne demandez pas à la femme de clarifier les faits de la cause et n'en discutez pas avec elle. Cela pourrait compromettre l'intégrité de la preuve et l'indépendance des témoins.
- Écoutez attentivement les questions qui vous sont posées.
- Apportez en cour une copie du dossier médical.
- Répondez à toutes les questions de façon neutre et honnête.
- Si vous ne connaissez pas la réponse, dites-le.
- Rappelez-vous que le médecin est là pour aider la cour, non l'une ou l'autre des parties.

Autres lignes directrices

Ces lignes directrices sont conformes à d'autres lignes directrices émises dans ce domaine^{29,32}.

CHAPITRE 11

LA CONFIDENTIALITÉ ET LA DIVULGATION À LA POLICE ET AUX TRIBUNAUX

Point de pratique clinique

- Les médecins doivent savoir quand ils sont tenus de garder l'information confidentielle et quand la loi les oblige à la divulguer.

Contexte

Au cours de l'enquête sur un crime présumé, les policiers peuvent demander au médecin de l'information sur les soins ou les services rendus à une victime présumée. Si le fait de gêner volontairement la police dans l'exécution de ses fonctions constitue une infraction, les policiers n'ont aucun droit absolu à l'information contenue dans un dossier médical, même quand cette information est nécessaire pour leur enquête. Par ailleurs, une lettre d'avocat exigeant la production du dossier médical ne constitue pas une autorisation suffisante pour divulguer l'information. Les médecins sont tenus de garder secrète toute information obtenue d'une patiente ou d'un collègue au sujet d'une patiente, et de ne la communiquer qu'avec le consentement de cette dernière, sauf indication contraire de la loi¹²⁹. La considération la plus importante ici est de ne pas tromper la police ni lui fournir de l'information fausse, puisque cela pourrait être considéré comme une infraction criminelle (entrave à la justice). Si les policiers lui demandent de produire le dossier médical, le médecin doit simplement répondre qu'il doit d'abord obtenir le consentement écrit de la patiente. En l'absence de consentement, le médecin est tenu de communiquer l'information médicale seulement si les policiers ont un mandat de perquisition, une citation à comparaître, une assignation ou une autre ordonnance de la cour¹³⁰.

Le consentement n'est valide que s'il est donné volontairement par une personne parfaitement renseignée¹³¹, et ne doit pas être obtenu par la contrainte ni la violence. La formule de consentement doit

clairement indiquer la nature précise de l'information à communiquer, à qui elle doit être communiquée et à quelles fins; la signature de la patiente doit être apposée devant témoin et datée. Il est important que la patiente comprenne que le procureur de la Couronne est obligé de divulguer toute l'information pertinente à la partie adverse¹³¹; en conséquence, quand la police obtiendra le dossier médical, l'accusé et son avocat auront aussi le droit d'en étudier le contenu.

Dans une poursuite pénale, la citation à comparaître est la méthode que les tribunaux emploient le plus souvent pour obtenir le dossier médical des patients qui ne consentent pas à sa divulgation. La citation à comparaître oblige un témoin à assister à une audience à une date donnée et peut aussi l'obliger à apporter en cour certains dossiers ou documents en sa possession. Même sur réception d'une citation à comparaître, on ne devrait pas simplement remettre les documents à l'avocat qui les a demandés, mais plutôt les divulguer uniquement en cour, sur l'ordre du juge présidant l'audience. Le médecin à qui l'on demande d'apporter des documents en cour devrait les photocopier pour garantir qu'une copie complète des dossiers est disponible.

Le défaut de se plier à une citation à comparaître entraîne des conséquences graves et le médecin qui ne se présente pas en cour comme prévu risque d'être arrêté ou accusé d'outrage au tribunal. Quand un tribunal lui ordonne de divulguer l'information confidentielle concernant sa patiente, un médecin ne peut refuser de répondre aux questions en invoquant le secret professionnel ou parce que la patiente s'y oppose. Les tribunaux canadiens peuvent contraindre un médecin à divulguer en cours l'information échangée entre lui et ses patients¹³².

Recommandations

- Si des policiers demandent à un médecin de leur fournir de l'information, le médecin devrait les informer que pour des raisons professionnelles, il ne peut divulguer l'information sans le consentement écrit de la patiente.
- Ayez une formule de consentement écrit à portée de la main au cas où une patiente voudrait que son dossier soit divulgué.
- Si vous avez des doutes à propos de vos obligations légales, communiquez avec l'organisme provincial ou territorial chargé de délivrer les permis d'exercer la médecine ou l'association médicale de la province ou du territoire, un avocat privé ou l'association du barreau.

Autres lignes directrices

Ces lignes directrices sont conformes à d'autres lignes directrices^{18,29}.

CHAPITRE 12

LA VIOLENCE DANS LE CONTEXTE MÉDICAL

Points de pratique clinique

- Les médecins qui sont eux-mêmes victimes de menaces, d'agressions ou d'autres actes criminels ne sont pas liés par le secret professionnel à propos de telles infractions.
- Les médecins doivent connaître leurs droits légaux et les droits du personnel de leur cabinet pour ce qui est de faire face à la violence ou aux menaces de violence.
- Des mesures peuvent être prises pour réduire le risque de violence dans le contexte médical.

Contexte

Au Canada, on estime qu'il est rare que les médecins qui soignent des femmes maltraitées se voient eux-mêmes menacés ou blessés par l'agresseur, et aucune étude ne traite explicitement de cette question. Quelques auteurs américains ont cependant laissé entendre que les professionnels de la santé de première ligne courent un risque quand ils sont appelés à traiter à la fois avec la victime et l'agresseur^{133,134}.

Les médecins jouissent des mêmes droits que toute autre personne qui se voit menacée ou blessée, que l'agresseur soit ou non leur propre patient. Le fait de signaler de telles infractions et de porter plainte au criminel ne constitue pas un manquement au secret professionnel.

Les médecins inquiets peuvent renforcer la sécurité de leur lieu de travail en prenant les mesures suivantes.

Signaler et passer en revue les incidents de violence au travail

Les hôpitaux et les cliniques médicales devraient disposer de formules de déclaration d'incidents pour consigner toutes les menaces ou tous les gestes agressifs survenant sur les lieux. Les administrateurs et les cadres supérieurs devraient établir des procédures pour définir, évaluer et

gérer des conduites menaçantes et dangereuses. Les hôpitaux qui ne satisfont pas à des normes de sécurité acceptables pourraient être tenus responsables des actes violents commis dans leurs locaux.

Gestion de la violence au travail

Les hôpitaux devraient tous adopter des directives sur les mesures à prendre dans une situation de violence. Il faudrait répéter les plans et examiner régulièrement les mesures de sécurité. Les médecins devraient être formés au règlement de conflits et sur ce qu'il faut faire en situation de violence. Il faudrait élaborer des protocoles d'urgence et les mettre en œuvre en cas de violence.

Service de sécurité

L'hôpital devrait établir des directives de sécurité sur des questions comme les armes et les agresseurs. Les armes devraient être l'objet d'une « tolérance zéro » et l'hôpital devrait disposer des ressources et des protocoles nécessaires pour arrêter une personne violente. De plus, les pourvoyeurs de soins de santé doivent rester à l'affût des signes d'agressivité, comme la colère ou l'agitation, et aviser immédiatement le service de sécurité.

- *Milieu physique* : Le milieu physique du cabinet du médecin, comme une salle d'attente peu agréable, peut être favorable à la violence. On a aussi établi un lien entre les longues périodes d'attente dans des circonstances stressantes et la violence. De plus, les attitudes du personnel du cabinet peuvent être importantes. Des employés brusques, chicaniers ou froids peuvent facilement mettre des patients en colère et pousser des personnes portées à la violence à passer aux actes¹³⁵. Il est donc important de former tout le personnel et d'offrir des cours de recyclage périodiques sur la façon de reconnaître et de désamorcer la violence.

- **Méthodes de travail plus sûres** : Il faut prendre de nombreuses précautions pleines de sens pour rester à l'affût du risque de violence et réduire au minimum les risques qu'elle se produise. Par exemple, pour traiter avec un patient potentiellement violent, les médecins devraient d'abord retirer les stéthoscopes, bijoux, cravates, stylos et autres articles pouvant servir d'arme; ils ne devraient jamais tourner le dos à la personne et laisser toujours une porte de sortie dégagée.

Recommandations

- Rappelez-vous que les médecins ont les mêmes droits légaux à la sécurité que n'importe qui.
- Si on vous menace ou si vous ne vous sentez pas en sécurité, pensez à appeler la police.
- Renseignez-vous pour savoir si l'hôpital ou la clinique a établi des protocoles pour faire face aux situations de violence et, le cas échéant, familiarisez-vous avec ces protocoles et affichez-les pour le bénéfice d'autres membres du personnel.
- Si l'hôpital ou la clinique n'a pas établi de tels protocoles, demandez qu'on le fasse.

Autres lignes directrices

La question de la sécurité des médecins et des mesures à prendre face à la violence familiale a reçu peu d'attention parce qu'elle ne se pose pas souvent. Il n'existe donc aucune autre ligne directrice.

CHAPITRE 13

MESURES IMMÉDIATES APRÈS LA RECONNAISSANCE DU PROBLÈME : ÉVALUATION DU RISQUE ET PLANIFICATION DE LA SÉCURITÉ

Points de pratique clinique

- L'évaluation du risque d'homicide familial est une intervention clinique essentielle.
- Il faut élaborer un plan de sécurité avant que la femme quitte le milieu médical.

Contexte

Après avoir reconnu l'existence d'une situation de violence, le médecin doit immédiatement se pencher sur deux grandes questions : évaluer le risque que la femme court et élaborer un plan pour sa sécurité. Pour évaluer le risque, il faut poser une série de questions visant à déterminer si la patiente vit un danger imminent. Plusieurs instruments d'évaluation du risque portent sur le risque d'homicide familial¹³⁶⁻¹³⁹. Ferris, McMain et Silver²⁹ résument les instruments publiés et suggèrent de poser les questions suivantes, dans un niveau de langue adapté à la patiente :

- Votre conjoint a-t-il employé des armes ou a-t-il menacé d'en employer?
- A-t-il accès à des armes à feu ou en a-t-il en sa possession?
- Votre conjoint vous a-t-il menacée de vous tuer?
- La violence semble-t-elle s'intensifier ou survenir plus souvent?
- Votre conjoint a-t-il brisé des objets vous appartenant?
- Vous a-t-il obligée à avoir des relations sexuelles?
- A-t-il menacé de vous blesser ou de tuer un animal domestique?
- Y a-t-il des antécédents de problèmes psychologiques?

- Votre partenaire est-il obsessionnel? Manifeste-t-il une jalousie extrême?
- Y a-t-il abus d'alcool ou de drogue?
- Votre couple a-t-il récemment connu des changements importants, comme une séparation ou une menace de séparation, une grossesse, la perte d'un emploi ou un changement de la situation financière (des facteurs qui, d'après des études, sont associés à une violence accrue)?

Plus les réponses affirmatives à ces questions sont nombreuses, plus le danger que la femme court est imminent. Toutefois, *en tout temps*, quand le médecin sait ou a de fortes raisons de croire qu'il y a eu de la violence, il est préférable d'être trop prudent et de surestimer le risque que de le sous-estimer. Si la patiente confirme la violence, le médecin doit au moins élaborer un plan de sécurité^{29,101}.

Un plan de sécurité est un élément clé des soins à prodiguer à une patiente maltraitée. Le plan devrait être personnalisé et établi avec sa collaboration^{52, 81,100,140,141}. Il est particulièrement important quand la femme envisage de quitter la situation de violence, parce que c'est souvent à ce moment qu'elle court le plus grand danger^{81,100}.

S'il y a un risque immédiat, on doit s'employer à trouver un lieu sûr où elle peut aller, comme un refuge pour femmes battues ou une autre forme de logement d'urgence dans la communauté. Si la femme décide de retourner avec son partenaire, il faut formuler un plan pour sa sécurité. Les éléments peuvent varier, mais tous les plans doivent comprendre une stratégie viable pour faire face à une situation d'urgence. Voici des exemples d'éléments d'un plan de sécurité²⁹ :

- les numéros de téléphone des services d'urgence (p. ex., 911) et de parents, d'amis, de la police, des hôpitaux, des refuges et des services d'écoute téléphonique; la femme doit savoir que la violence conjugale est un crime et que la police est disponible 24 heures par jour;
- l'adresse de refuges à proximité;
- l'information sur les services d'éducation concernant la violence faite aux femmes ainsi que leur adresse et numéro de téléphone (y compris des services d'interprétation et des services destinés à des communautés culturelles, au besoin);
- l'information à propos de services juridiques ou de services de renvoi à un avocat, y compris les numéros de téléphone;
- l'information sur les droits légaux (mesures de protection qui lui sont accessibles, questions relatives aux pensions alimentaires et à la garde des enfants) et les droits relatifs à l'immigration;
- l'information sur la façon de prévoir une voie de sortie d'urgence.

Selon d'autres auteurs, il faudrait informer les femmes sur ce qu'elles doivent mettre dans un sac d'urgence. Les articles pourraient comprendre les carnets de banque et les numéros de comptes bancaires, le certificat de mariage ou le contrat pré-nuptial, les certificats de naissance, les passeports, les cartes d'assurance-maladie, les polices d'assurance, les dossiers de santé et de vaccination pour elle-même et ses enfants, son permis de conduire, sa carte d'assurance sociale, ses diplômes ou attestations professionnelles, les médicaments et prescriptions pris régulièrement et des jouets spéciaux pour les enfants⁶¹. Le sac devrait être laissé chez un ami de confiance où elle peut se réfugier la prochaine fois qu'elle sera agressée. Tous ces articles peuvent être nécessaires, mais la femme doit décider ce qu'elle peut mettre dans le sac puisqu'elle n'y aura pas accès facilement et quotidiennement.

La *American Medical Association*⁵² souligne l'importance de valider le vécu de la femme et de confirmer qu'elle a pris la bonne décision en dévoilant le problème. On peut lui fournir des données sur la prévalence de la violence faite aux femmes pour l'aider à se rendre compte qu'elle n'est pas seule. De plus, il est utile de renforcer l'idée que personne ne mérite le traitement qu'elle subit.

La gestion adéquate d'une patiente qui ne reconnaît pas être maltraitée malgré des signes évidents que la violence est présente et peut être en train de s'intensifier constitue un problème difficile et sérieux. Que doit faire un médecin quand il a des raisons de croire que la patiente est clairement en danger? Dans leurs travaux avec un groupe d'experts, Ferris et ses collègues soulignent deux possibilités. Premièrement, le médecin pourrait envisager d'aborder le sujet avec la patiente en discutant de ses blessures et en mentionnant que *si* elles étaient dues à la violence, on pourrait lui fournir de l'information au sujet de sa sécurité. On pourrait même formuler un plan de sécurité hypothétique et lui présenter. Cependant, cette possibilité dépendra de la situation, de la mesure dans laquelle le médecin est à l'aise avec la patiente et comment il évalue la réceptivité de celle-ci. La deuxième possibilité consiste à lui remettre des documents d'information générale sur diverses questions de santé, incluant la violence familiale. La patiente a ainsi l'occasion d'être mieux informée sur la prévalence de la violence familiale. Les documents peuvent l'aider à se sentir moins coupable et honteuse, et moins impuissante et dépendante, et peuvent même accroître les chances qu'elle cherche de l'aide.

Que la patiente les utilise ou non, le fait de connaître les ressources communautaires de protection et d'aide peut élargir l'éventail des solutions qu'elle entrevoit et atténuer son sentiment d'être isolée et prise au piège, que tant de femmes maltraitées disent éprouver⁴². On ne peut s'attendre qu'une femme maltraitée de façon chronique puisse acquérir du jour au lendemain l'estime de soi, l'autonomie, le soutien affectif et la stabilité financière nécessaires pour surmonter sa situation¹⁰¹.

Recommandations

- Connaissez l'épidémiologie de la violence faite aux femmes pour fournir des renseignements importants à la patiente.
- Informez la patiente que la violence est une infraction criminelle et que la police prendra ses plaintes au sérieux.
- Évaluez la sécurité immédiate de la femme au moyen d'un instrument d'évaluation du risque.
- Familiarisez-vous avec les indicateurs d'un danger imminent (p. ex., présence d'une arme au foyer, abus d'alcool, violence antérieure, niveau de violence croissant, séparation).

- Assurez la patiente que vous comprenez son expérience et montrez que vous êtes prêt à l'écouter.
- Familiarisez-vous avec les ressources communautaires disponibles pour garantir sa sécurité (chapitre 14).
- En cas de risque immédiat, employez-vous à l'aider à trouver un refuge pour femmes ou une autre forme de foyer d'accueil d'urgence dans la communauté.
- Informez la patiente qui craint pour sa sécurité qu'elle peut appeler 911 en tout temps (pourvu qu'elle habite une région où ce service est disponible).

Autres lignes directrices

Ces lignes directrices sont conformes à d'autres lignes directrices^{29,32,36}.



CHAPITRE 14

PRÉOCCUPATIONS URGENTES APRÈS LA RECONNAISSANCE DU PROBLÈME : SUIVI ET RENVOIS

Points de pratique clinique

- Le médecin qui constate le crime et qui fournit à la victime de l'information sur les ressources communautaires, y compris les services policiers et juridiques, contribue de cette façon aux efforts du système de justice pour lutter contre la violence faite aux femmes.
- Faire les renvois appropriés peut accroître la probabilité que la violence prendra fin.

Contexte

Des études canadiennes sur la réponse des médecins à la violence faite aux femmes montrent que les médecins de famille et les omnipraticiens croient qu'ils doivent contribuer à détecter et à gérer le problème^{27, 28}. Quand une patiente révèle qu'elle est maltraitée, son médecin doit réagir en reconnaissant ce qu'elle vit et en lui assurant que cette information restera confidentielle^{3, 18, 52, 53, 81, 100, 143}.

On avertit régulièrement les médecins de ne pas blâmer la victime ni de tenter de simplifier la situation en posant des questions comme : « Pourquoi ne partez-vous pas? »^{18, 52, 91, 144}. Il n'est pas recommandé d'essayer de sauver la femme ni de la presser de partir puisque cela pourrait accroître le risque qu'elle court^{37, 81, 145}. La femme est la seule personne à même de déterminer le moment où elle peut partir en courant le moins de risque^{99, 146}. Cependant, étant donné qu'il est aussi risqué de rester dans la relation de violence, il peut être préférable de lui fournir de l'information sur les services communautaires et de faire des renvois de manière à ce qu'un plan soit prêt pour le moment où elle sentira qu'elle peut partir.

L'intervention immédiate devrait comprendre des renvois aux services et aux ressources appropriés, y compris à d'autres professionnels^{18, 29, 37, 52, 53, 81, 89, 91, 140, 141, 144}. Toutefois, faire des renvois ne met pas forcément fin au

rôle du médecin. Hansen et ses collègues¹⁴⁷ ont sondé 715 patientes recevant des soins primaires afin de déterminer la mesure dans laquelle elles sont intéressées à ce que leur médecin de famille les aide à régler quatre problèmes psychosociaux représentatifs, incluant la violence conjugale ou la négligence. Ils ont constaté que 57 % à 78 % des répondantes souhaitaient recevoir l'aide de leur médecin de famille, soit de façon indépendante ou avec un spécialiste. Entre 4 % et 21 % seulement souhaitaient être renvoyées exclusivement à des spécialistes. En dirigeant la patiente vers d'autres services, le médecin de famille doit s'assurer que la patiente n'est pas ballottée d'un service à un autre⁸¹ et qu'il y a par la suite un suivi régulier²⁹.

Il y a de bonnes raisons de fournir de l'information et des renvois. Dans une étude réalisée auprès de 67 femmes maltraitées à qui on avait proposé une liste des ressources communautaires destinées aux victimes de violence, McFarlane et ses collègues¹⁴⁸ ont constaté que l'utilisation de ces ressources était nettement liée à la gravité de la violence. Un an après l'étude, les femmes continuaient d'utiliser ces ressources. Cela laisse croire que les femmes maltraitées donneront suite aux renvois et garderont contact avec les organismes communautaires. D'autres chercheurs ont constaté que la qualité des soins médicaux qu'une femme reçoit permet de prédire si elle va donner suite aux renvois à des organismes de soins de santé et à des services juridiques et sociaux^{103, 149}.

Plusieurs groupes insistent sur l'importance de discuter du problème en privé et en sécurité avec la femme et de ne pas en parler à un tiers, y compris au partenaire violent, sans le consentement de la patiente^{29, 52}. Toutefois, comme nous l'avons vu au chapitre 6, il peut être difficile d'interviewer en privé les femmes qui ne parlent ni l'anglais ni le français. Si le médecin a des raisons de croire à un cas de violence mais qu'un obstacle linguistique l'empêche d'en parler, il pourrait envisager

d'appeler des centres ou des organismes de santé communautaires pour leur demander s'ils connaissent des médecins qui parlent la langue de la patiente.

Rendez-vous de suivi

Dans des groupes de discussion auxquels 32 médecins canadiens ont participé, Brown, Lent et Sas¹³⁰ ont constaté que les médecins croient que des rendez-vous de suivi constituent une bonne façon de traiter avec les patientes qui sont des victimes présumées ou connues de violence conjugale. Les médecins croient que le premier rendez-vous est un moment propice pour semer les germes d'une discussion ultérieure, en particulier quand la patiente n'est pas prête à faire des révélations. Les rendez-vous de suivi sont donc importants. Ils donnent au médecin l'occasion d'aider à garantir la sécurité de la patiente, de confirmer un diagnostic et de proposer un traitement^{37,89,140,141,150}.

Fournir de l'information

Selon Alpert⁸¹ les médecins devraient fournir aux patients de l'information sur les possibilités et les ressources disponibles, comme ils le font pour le cancer. Comme dans les cas de toute autre affection, il est important de renseigner la patiente sur le problème et sur les choix qui s'offrent à elle. En lui fournissant de l'information, on lui permet de chercher de l'aide quand elle est prête à le faire et de se tourner vers d'autres ressources si elle n'est pas à l'aise pour discuter du problème avec son médecin^{18,37,52,89,100}.

Les femmes maltraitées ont besoin d'information sur les refuges et les services communautaires, et les médecins devraient penser à leur fournir de l'information sur l'intervention éventuelle de la police. Comme nous l'avons décrit au chapitre 9, tous les gouvernements provinciaux et territoriaux ont confirmé la nature criminelle de la violence faite aux femmes et sachant cela, la patiente pourrait être plus portée à appeler la police. Cependant, comme nous l'avons souligné au chapitre 11, les médecins ne doivent pas communiquer avec la police au nom de la patiente sans sa permission.

Consultation psychosociale

L'utilisation de la thérapie conjugale pour traiter la violence familiale est controversée^{63, 99} et on croit en général qu'elle serait contre-indiquée^{18, 29, 52, 63, 81, 91}. Selon la *American Medical Association*⁵², la thérapie conjugale conventionnelle peut provoquer une aggravation de la violence. Pour Ferris et ses collègues²⁹, il est en général non recommandé de procéder à une consultation conjointe, qui repose sur l'hypothèse que les deux participants sont égaux — ce qui n'est pas le cas dans des

relations de violence. Si une consultation conjointe est envisagée, les médecins ne devraient s'en charger que s'ils sont très expérimentés et confiants qu'ils peuvent animer des séances sans risquer d'aggraver la violence, et seulement quand la violence a cessé²⁹.

On devrait aussi envisager un traitement destiné à l'homme violent¹⁴¹ puisque la thérapie et les services fournis à la femme ne peuvent modifier le comportement de l'homme¹⁵¹. Dans les études sur les buts de la thérapie destinée aux hommes violents, on s'entend pour dire qu'un des buts les plus importants que l'homme doit atteindre dans sa thérapie est d'assumer sa responsabilité face à la violence¹⁵¹⁻¹⁵⁵.

Recommandations

- Familiarisez-vous avec les organismes et les refuges communautaires, les services qu'ils offrent, les langues qu'on y parle et le mécanisme de renvoi.
- Fournissez à la patiente de l'information pertinente sur les organismes et les refuges communautaires.
- S'il y a lieu, renvoyez la patiente à un autre professionnel et faites un suivi régulier auprès de la patiente à propos du renvoi.
- Si possible, rencontrez la patiente en privé.
- Si vous soupçonnez la présence de violence présumée mais qu'un obstacle linguistique vous empêche d'en parler, pensez à renvoyer la patiente à un médecin qui parle sa langue.
- L'information fournie par la patiente doit rester confidentielle.

Autres lignes directrices

Ces lignes directrices sont compatibles avec des lignes directrices formulées par d'autres instances^{29, 52}.

CHAPITRE 15

TRAVAILLER EN ÉQUIPE POUR CONTRER LA VIOLENCE FAITE AUX FEMMES

Points de pratique clinique

- Les médecins ne sont qu'un groupe d'intervenants parmi beaucoup d'autres dans les domaines de la santé, des services sociaux et du droit qui luttent contre la violence faite aux femmes.
- Le travail en équipe est nécessaire pour faire face au problème.

Contexte

Les médecins occupent une position privilégiée pour communiquer avec les victimes de violence conjugale quand elles s'adressent à eux pour soigner des blessures physiques, une détresse psychologique ou des problèmes somatiques²⁹. Souvent, le médecin est le premier professionnel de la santé à qui une femme maltraitée s'adresse pour obtenir de l'aide³². En conséquence, une responsabilité énorme incombe aux médecins en ce qui concerne la détection des cas, le soutien psychologique, le soin des blessures et l'information à donner aux patientes sur les ressources communautaires disponibles.

Néanmoins, la responsabilité de traiter avec les femmes maltraitées n'incombe pas uniquement aux médecins. Les foyers de transition et les foyers d'accueil d'urgence, les services policiers et juridiques, les sociétés d'aide à l'enfance, les professionnels de la santé mentale, les groupes de soutien communautaires, les groupes de défense des victimes et d'autres pourvoyeurs de soins de santé font aussi partie du réseau d'intervenants. Il est impératif de connaître et de coordonner ces divers groupes et services et que les médecins sachent comment appuyer efficacement une démarche interdisciplinaire et y participer.

Des refuges bien établis sont disponibles dans beaucoup de communautés. En plus de servir de foyers d'accueil d'urgence, ces établissements offrent différentes formes

de soutien et permettent aux victimes d'entrer en rapport avec d'autres femmes qui y résident.

L'aide psychosociale est un élément essentiel du suivi. Son but premier est de rassurer la femme sur le fait qu'elle n'est pas seule, de l'aider à accepter que personne ne mérite d'être battu et de l'informer qu'il incombe à l'agresseur de maîtriser sa violence³⁶. Le conseiller a pour rôle de contribuer au diagnostic de l'agression, de faciliter la communication entre la famille, le personnel médical et les organismes extérieurs, de fournir à la femme de l'information sur les choix qui s'offrent à elle à propos du processus juridique, et de l'aider en la dirigeant vers des services de suivi⁷⁶. Par ce processus, la consultation psychosociale aide la femme maltraitée à restaurer son estime d'elle-même et l'appuie dans sa planification indépendante pour l'avenir. Les buts thérapeutiques généraux consistent à aider la patiente à accepter son ambivalence, à clarifier ses sentiments et à reconnaître ses choix. Pour parvenir à ses buts, il faut employer de nombreuses ressources communautaires.

Beaucoup de femmes maltraitées perdent leurs réseaux sociaux à cause de l'isolement qu'elles vivent. Les médecins doivent connaître les ressources disponibles et, en tant que représentants de leurs patientes, ils doivent aider les femmes maltraitées à obtenir accès à ces ressources s'il y a lieu. De nombreuses organisations populaires servent de réseaux de soutien social, y compris les groupes de discussion de pairs, les groupes de défense des droits juridiques, les services de consultation et de renvoi. Ces réseaux informels donnent à la femme maltraitée l'occasion de valider son expérience avec d'autres victimes, d'exprimer ses angoisses et ses préoccupations, et de recevoir des conseils au sujet des ressources disponibles. En renforçant les contacts entre des membres de la communauté, les réseaux peuvent servir de point de départ pour planifier un recours.

Les services policiers et juridiques jouent un rôle important sur un autre plan. Comme nous l'avons mentionné au chapitre 9, le dépôt d'accusations par la police et la poursuite d'une infraction criminelle peuvent aider à prévenir la réapparition de la violence. Il est important de fournir à la patiente de l'information sur les services policiers et juridiques.

Recommandations

- Fournissez des services médicaux de qualité aux femmes maltraitées.
- Reconnaissez l'importance d'autres services de santé, des services sociaux et juridiques, et sachez comment y avoir accès.
- Collaborez avec les pourvoyeurs de services communautaires pour fournir les meilleurs soins possibles aux femmes maltraitées.

Autres lignes directrices

Dans plusieurs lignes directrices, il est question de l'importance de connaître les ressources communautaires^{52, 53, 91, 157, 158}. Le document de travail¹⁵⁸ produit par le *Public Expectations Working Group, Survivors of Violence Against Women* insiste aussi sur l'importance de collaborer efficacement avec un vaste éventail de services, de travailler efficacement au sein d'équipes de prestation de soins de santé et d'acquérir d'autres compétences en matière de renvoi.

CHAPITRE 16

LA VIOLENCE CONJUGALE QUAND LES DEUX PARTENAIRES ONT LE MÊME MÉDECIN

Points de pratique clinique

- Les médecins peuvent avoir l'homme et la femme comme patients.
- Il est important de savoir comment traiter avec les deux partenaires dans de telles circonstances.

Contexte

Il est possible que la victime et l'agresseur aient le même médecin, et ce dernier peut trouver difficile de fournir des soins de haute qualité aux deux patients. Il est surprenant de constater qu'il y a peu d'information pertinente destinée aux médecins à ce sujet.

En 1997, dans la première série de lignes directrices¹⁵⁹ destinée aux médecins devant composer avec ce qu'il est convenu d'appeler une « relation double », on dit clairement que le médecin n'est pas en situation de conflit d'intérêts s'il traite le partenaire et la victime de violence quand les deux partenaires sont ses patients. Les deux patients ont droit à l'autonomie, au secret professionnel, à l'honnêteté et à des soins de haute qualité.

Les médecins doivent toutefois savoir s'ils exercent la médecine dans une région qui permet d'avertir ou d'informer ou qui en fait une obligation. Ceci entre en jeu par définition quand un patient menace sérieusement de blesser autrui et qu'il y a un risque grave de violence. Si l'obligation existe, les médecins doivent savoir comment s'en acquitter, et connaître les circonstances dans lesquelles l'obligation prend naissance, et à qui ils doivent signaler l'incident. Au Canada, aucune province n'a adopté de loi obligeant les médecins à informer ou à avertir quand un de leurs patients menace d'infliger des blessures graves à d'autres personnes et qu'il y a des motifs raisonnables de croire qu'il passera à l'acte.

Cependant, le *droit coutumier* canadien donne à penser que les médecins ont actuellement une telle obligation de protéger le grand public en informant ou en avertissant. Dans un tel cas, les médecins devraient communiquer avec leur association professionnelle, un avocat privé ou la société du barreau pour obtenir des éclaircissements. Dans un document faisant office de précédent, le comité d'experts médicaux de l'Ontario sur l'obligation d'informer a recommandé de modifier la *Loi sur les médecins* de la province pour inclure une obligation d'informer quand un patient profère des menaces de violence sérieuses et qu'il est probable qu'il passera aux actes¹⁶⁰⁻¹⁶². La mise en œuvre des recommandations du comité d'experts est en cours en Ontario. Nous encourageons les médecins qui exercent en Ontario à appeler leur collègue ou leur conseiller juridique pour obtenir des instructions.

Le comité d'experts a recommandé que les médecins traitent avec chaque patient séparément et qu'ils ne parlent pas au partenaire masculin de la violence possible sans le consentement des conjointes maltraitées. On privilégie le renvoi d'un partenaire, ou des deux, à un autre médecin compétent si le médecin se sent incapable de traiter efficacement avec l'un ou l'autre à cause de cette relation double.

Recommandations

Les recommandations suivantes sont tirées de :

L. E. FERRIS, P. G. NORTON, E. V. DUNN, E. H. GORT et N. F. DEGANI avec le Delphi Panel et le Consulting Group. « Guidelines for managing domestic abuse when male and female partners are patients of the same physician », *Journal of the American Medical Association*, 1997, vol. 278, n° 1, p. 851-857¹⁵⁹.

Observations générales

- Si un médecin ne se sent pas à l'aise de traiter avec la violence ou la possibilité de la violence, ou s'il sent que son jugement risque d'être influencé par un parti pris personnel ou par l'existence de la relation double, il devrait recommander les patients à un autre médecin.
- Il n'y a aucun conflit d'intérêts à interroger une femme sur l'existence possible de violence ni à établir un plan de gestion active quand la violence est présumée ou confirmée, si son partenaire est aussi un patient.
- Il faut répondre de façon indépendante aux besoins des patients féminins et masculins de telle façon que leurs droits à l'autonomie, au secret professionnel, à l'honnêteté et à des soins de haute qualité soient respectés.
- On ne doit pas indiquer dans le dossier médical du partenaire masculin la possibilité de la violence ou sa confirmation par l'évaluation de la partenaire féminine.
- L'information obtenue du partenaire masculin à propos de la violence ne doit pas être inscrite dans le dossier médical de la patiente.
- Des affiches, des brochures et d'autres renseignements sur la violence faite aux femmes et destinés à des publics masculins et féminins devraient être placés dans les salles d'attente, les salles de bain et les salles d'examen.
- Quand la violence conjugale est présumée ou confirmée, le partenaire masculin ne doit pas assister à l'entretien avec sa partenaire.
- Les médecins doivent savoir s'ils exercent dans une administration où ils sont tenus (ou autorisés) par la loi de signaler les cas où il y a une menace de blessures sérieuses, et agir en conséquence.

Confidentialité

- La première chose à faire dans un cas de violence est d'affirmer à la femme que sa santé et sa sécurité sont importantes et que l'information qu'elle fournit restera confidentielle, à moins que le médecin soit tenu par la loi de la divulguer.
- Le médecin ne devrait pas parler avec le partenaire masculin de la violence présumée ou confirmée à moins que la femme y consente.
- Si le partenaire masculin parle de la violence au médecin, ce dernier ne doit pas parler du contenu de cette discussion avec sa patiente à moins que le partenaire masculin y consente.
- Le personnel du cabinet ne devrait pas laisser de messages au partenaire ou sur le répondeur téléphonique de la résidence à propos de dates de rendez-vous, de tests ou de résultats. Une femme qui n'a pas encore admis qu'elle est victime de violence peut permettre aux médecins ou aux membres de leur personnel de laisser de l'information au sujet de résultats de tests, des dates de rendez-vous et d'autres renseignements sur le répondeur de sa résidence, parce qu'elle ne veut pas dire pourquoi elle préférerait qu'on ne le fasse pas.

Reconnaître et contrer la violence

- En cas de violence présumée ou confirmée, il est important (et cela ne constitue pas un conflit d'intérêts dans les relations doubles) d'évaluer le risque pour la sécurité puisque cela orientera la discussion sur la façon de procéder.
- Lorsqu'on évalue le risque pour la sécurité, il est important que le médecin ne se laisse pas influencer par l'information qu'il possède au sujet du partenaire masculin. Il est plus facile de réagir à l'ampleur et à la gravité des blessures quand on traite avec la femme de façon indépendante.
- Si une femme accepte que le médecin entre en rapport avec son partenaire, il est important qu'un plan de sécurité soit prêt, puisqu'en révélant la violence, elle peut courir un risque de représailles si la question est abordée ouvertement avec l'homme.
- Avec la permission de la femme, le médecin peut aborder le sujet de la violence avec le partenaire. Le meilleur moment pour mettre ce projet en œuvre est un rendez-vous déjà prévu. On ne sait pas très bien s'il est indiqué d'entrer en rapport avec le partenaire.
- Si les deux partenaires sont des patients du médecin, il est indiqué de proposer une consultation individuelle pourvu que le médecin soit formé pour composer avec la violence. Il est aussi indiqué de proposer un renvoi.
- Il est en général peu recommandé de tenter une thérapie conjointe ou conjugale, et cela ne devrait être tenté que si la violence a cessé. Les médecins doivent posséder une grande expérience et être très confiants qu'ils peuvent diriger une telle thérapie sans aggraver

la violence, et ils doivent avoir suivi une formation portant explicitement sur le traitement des relations de violence.

- Il faut d'abord discuter avec la femme de la possibilité d'une thérapie conjointe ou conjugale, sans que le partenaire sache que c'est une possibilité, puisque quelques femmes maltraitées sont à ce point sous l'emprise de leur partenaire violent qu'elles peuvent consentir à une thérapie conjointe à cause des pressions que leur partenaire exerce ou de la crainte qu'il leur inspire.

Autres lignes directrices

À ce jour, une seule série de lignes directrices traite explicitement de cette question¹³⁹. Les recommandations mentionnées ici sont conformes à ces lignes directrices publiées.



ANNEXE

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

Chapitre 2 : Manifestations physiques de la violence faite aux femmes

- Prenez sérieusement en considération la violence conjugale quand les blessures subies ne concordent pas avec le récit fourni.
- Soyez à l'affût de signes de blessures antérieures ou de blessures à divers stades de guérison.
- Soyez conscient des sites courants de blessures (p. ex., à la tête, au cou, au visage, à la gorge, à la poitrine, à l'abdomen) et des faisceaux de blessures multiples.
- Lors de l'examen physique, faites un examen visuel pour détecter des blessures aux côtes, aux seins, à l'aîne et à d'autres parties du corps couvertes par les vêtements.
- Soyez à l'affût de blessures aux os ou aux tissus mous, notamment des lacérations à la tête ou au visage, des dents brisées, la mâchoire fracturée ou disloquée, des contusions, des marques d'abrasion, des cheveux arrachés, des yeux au beurre noir, les tympans perforés, des brûlures causées par des cigarettes, de l'huile chaude, des éléments de cuisinières et des acides, une fracture de la clavicule ou des côtes, des marques de strangulation, des lésions internes, des morsures, une hémorragie rétinienne et des signes d'agression sexuelle.
- Envisagez la possibilité de violence quand la femme se rend souvent à l'urgence pour se faire soigner.
- Les blessures par balles et par lames sont étroitement liées à la violence conjugale et devraient être traitées

comme extrêmement suspectes, à moins qu'il y ait des preuves solides laissant croire que l'attaque n'est pas le fait d'un partenaire.

- Surveillez les signes d'agression sexuelle.

Chapitre 3 : Manifestations psychologiques de la violence faite aux femmes

- Envisagez la présence de violence psychologique (avec ou sans violence physique) quand vous observez :
 - de la crainte ou de la colère envers le partenaire masculin;
 - un stress, un état de stress post-traumatique, d'autres troubles d'anxiété ou de la dépression (p. ex., perturbations du sommeil et de l'appétit, fatigue, signalement de crises de larmes graves ou de sentiments d'isolement, pensées suicidaires, crises d'anxiété aiguës, douleurs chroniques sans cause identifiable, maux de tête, douleurs au dos, à la poitrine ou à l'estomac, plaintes gastro-intestinales ou abdominales, palpitations, étourdissements, paresthésie, essoufflement);
 - des problèmes gynécologiques fréquents, des douleurs pelviennes;
 - l'utilisation fréquente ou à long terme de tranquillisants légers prescrits, d'analgésiques ou de drogues psychotropes.
- Aidez la patiente à reconnaître la gamme de comportements violents qu'elle subit et dites-lui qu'elle ne mérite pas un tel traitement.

- Envisagez la présence de violence quand il y a des antécédents de tentatives de suicide, d'utilisation à long terme de médicaments psychotropes, de maladies psychiatriques ou de toxicomanie.
- Soyez à l'affût de la violence physique et surveillez-en l'apparition.

Chapitre 4 : L'importance du dossier médical pour fournir des soins de haute qualité et dans les poursuites juridiques

- Incluez dans vos notes médicales sur la violence que la patiente a subie :
 - les antécédents médicaux;
 - le problème principal dont la victime se plaint (mot à mot);
 - une description du mauvais traitement (mot à mot);
 - une description détaillée des blessures, y compris le type de blessure, l'endroit (par rapport à des repères fixes et des régions anatomiques), la longueur, la largeur, la forme, la couleur et la profondeur;
 - les résultats de tests de laboratoire et d'autres épreuves diagnostiques;
 - le diagnostic;
 - le traitement médical fourni;
 - les photographies, s'il y a lieu.
- Indiquez minutieusement les spécimens cliniques qui ont été prélevés et à qui ils ont été transmis (chapitre 5).
- Pensez à conserver les dossiers médicaux plus longtemps que d'habitude dans les cas présumés de violence parce qu'il n'y a aucune façon de savoir quand ou si ils peuvent être utiles dans une cause criminelle.
- Ne transférez pas un dossier médical à un autre médecin : envisagez plutôt d'envoyer à l'autre médecin, avec la permission écrite de la patiente, un résumé de l'information pertinente contenue dans le dossier.

Chapitre 5 : Conservation d'éléments de preuve

- Familiarisez-vous avec les éléments de preuve qui peuvent être nécessaires pour des poursuites judiciaires.
- Familiarisez-vous avec le protocole légal de collecte et de conservation de la preuve pour la cour.
- Si vous avez un doute, communiquez avec votre association médicale, votre collègue, l'aide juridique du barreau ou un avocat privé.
- Si la police est intervenue, ayez le numéro de téléphone des agents à portée de la main au cas où vous auriez besoin de poser des questions ou d'obtenir des conseils sur la collecte et la conservation d'éléments de preuve.

Chapitre 6 : Interroger une patiente sur la possibilité de violence conjugale

- Soyez vigilant en ce qui concerne la violence faite aux femmes.
- Posez des questions simples.
- Exercez votre jugement clinique pour choisir entre des questions directes ou indirectes.
- S'il y a des enfants à la maison, posez des questions pour savoir s'ils sont maltraités.
- Montrez de l'empathie.
- Ne portez pas de jugement.
- Interviewez la femme seule, si c'est possible, et dans un contexte confidentiel.
- Abordez le sujet par une phrase bienveillante (p. ex., « Vos blessures m'inquiètent. »).
- Informez la patiente que l'information restera confidentielle à moins qu'il y ait une obligation légale de la divulguer.

Chapitre 7 : Dépistage systématique par opposition au dépistage réservé aux cas suspects

- Le dépistage systématique fait largement consensus. Toutefois, nous ne disposons pas d'assez de preuves pour appuyer sans réserve le dépistage systématique de préférence au dépistage réservé aux cas suspects.
- Le jugement clinique devrait régir le choix de la méthode de dépistage, mais il est essentiel d'appliquer une des deux méthodes.
- Si le médecin choisit de ne faire un dépistage que dans les cas douteux, il est important qu'il soit vigilant en examinant les patientes qui courent un risque accru d'être victimes de violence physique, et en évaluant les facteurs de risque potentiels de blessures graves.

Chapitre 8 : Traiter avec les femmes qui restent dans des relations de violence

- Ne blâmez pas la victime et ne simplifiez pas la situation.
- Reconnaissez les sentiments personnels que vous éprouvez en traitant avec une patiente qui ne quitte pas une relation de violence ou qui y retourne.
- Prenez garde que vos sentiments personnels ne compromettent pas votre capacité à traiter efficacement la patiente.
- Prenez conscience qu'il faudra peut-être plusieurs discussions avant qu'une femme s'avoue à elle-même l'existence de la violence.
- Ne lui conseillez pas avec insistance de partir, mais assurez-vous qu'elle connaît les choix qui s'offrent à elle.
- Reconnaissez la violence et exprimez votre préoccupation pour la sécurité et le bien-être de votre patiente.
- Chaque fois que l'occasion se présente, renforcez l'idée que personne ne mérite d'être agressé et que ce n'est pas sa faute.
- Fournissez-lui des documents d'éducation et de l'information sur des organismes communautaires et les refuges (chapitre 14).

- Faites les renvois nécessaires à des services d'aide psychosociale, des organismes communautaires et des refuges (chapitre 14).

- Continuez de lui témoigner de l'empathie.

Chapitre 9 : Les femmes agressées et le système canadien de justice pénale

- Quand vous décrivez une agression, soyez conscient que des accusations criminelles pourront être portées un jour et que vos dossiers médicaux pourront être produits en preuve devant un tribunal.
- Prodiguez le même soutien et la même empathie aux femmes qui souhaitent porter plainte qu'à celles qui s'y refusent.

Chapitre 10 : Les médecins en tant que témoins dans des affaires criminelles

- Un médecin appelé à témoigner devrait envisager de demander d'être préparé au procès par l'avocat.
- Soyez bien informé des faits de la cause.
- Avant les procédures judiciaires, ne demandez pas à la femme de clarifier les faits de la cause et n'en discutez pas avec elle. Cela pourrait compromettre l'intégrité de la preuve et l'indépendance des témoins.
- Écoutez attentivement les questions qui vous sont posées.
- Apportez en cour une copie du dossier médical.
- Répondez à toutes les questions de façon neutre et honnête.
- Si vous ne connaissez pas la réponse, dites-le.
- Rappelez-vous que le médecin est là pour aider la cour, non l'une ou l'autre des parties.

Chapitre 11 : La confidentialité et la divulgation à la police et aux tribunaux

- Si des policiers demandent à un médecin de leur fournir de l'information, le médecin devrait les informer que pour des raisons professionnelles, il ne peut divulguer l'information sans le consentement écrit de la patiente.

- Ayez une formule de consentement écrit à portée de la main au cas où une patiente voudrait que son dossier soit divulgué.
- Si vous avez des doutes à propos de vos obligations légales, communiquez avec l'organisme provincial ou territorial chargé de délivrer les permis d'exercer la médecine ou l'association médicale de la province ou du territoire, un avocat privé ou l'association du barreau.

Chapitre 12 : La violence dans le contexte médical

- Rappelez-vous que les médecins ont les mêmes droits légaux à la sécurité que n'importe qui.
- Si on vous menace ou si vous ne vous sentez pas en sécurité, pensez à appeler la police.
- Renseignez-vous pour savoir si l'hôpital ou la clinique a établi des protocoles pour faire face aux situations de violence et, le cas échéant, familiarisez-vous avec ces protocoles et affichez-les pour le bénéfice d'autres membres du personnel.
- Si l'hôpital ou la clinique n'a pas établi de tels protocoles, demandez qu'on le fasse.

Chapitre 13 : Mesures immédiates après la reconnaissance du problème : évaluation du risque et planification de la sécurité

- Connaissez l'épidémiologie de la violence faite aux femmes pour fournir des renseignements importants à la patiente.
- Informez la patiente que la violence est une infraction criminelle et que la police prendra ses plaintes au sérieux.
- Évaluez la sécurité immédiate de la femme au moyen d'un instrument d'évaluation du risque.
- Familiarisez-vous avec les indicateurs d'un danger imminent (p. ex., présence d'une arme au foyer, abus d'alcool, violence antérieure, niveau de violence croissant, séparation).
- Assurez la patiente que vous comprenez son expérience et montrez que vous êtes prêt à l'écouter.

- Familiarisez-vous avec les ressources communautaires disponibles pour garantir sa sécurité (chapitre 14).
- En cas de risque immédiat, employez-vous à l'aider à trouver un refuge pour femmes ou une autre forme de foyer d'accueil d'urgence dans la communauté.
- Informez la patiente qui craint pour sa sécurité qu'elle peut appeler 911 en tout temps (pourvu qu'elle habite une région où ce service est disponible).

Chapitre 14 : Préoccupations urgentes après la reconnaissance du problème : suivi et renvois

- Familiarisez-vous avec les organismes et les refuges communautaires, les services qu'ils offrent, les langues qu'on y parle et le mécanisme de renvoi.
- Fournissez à la patiente de l'information pertinente sur les organismes et les refuges communautaires.
- S'il y a lieu, renvoyez la patiente à un autre professionnel et faites un suivi régulier auprès de la patiente à propos du renvoi.
- Si possible, rencontrez la patiente en privé.
- Si vous soupçonnez la présence de violence présumée mais qu'un obstacle linguistique vous empêche d'en parler, pensez à renvoyer la patiente à un médecin qui parle sa langue.
- L'information fournie par la patiente doit rester confidentielle.

Chapitre 15 : Travailler en équipe pour contrer la violence faite aux femmes

- Fournissez des services médicaux de qualité aux femmes maltraitées.
- Reconnaissez l'importance d'autres services de santé, des services sociaux et juridiques, et sachez comment y avoir accès.
- Collaborez avec les pourvoyeurs de services communautaires pour fournir les meilleurs soins possibles aux femmes maltraitées.

Chapitre 16 : La violence conjugale quand les deux partenaires ont le même médecin

Observations générales

- Si un médecin ne se sent pas à l'aise de traiter avec la violence ou la possibilité de la violence, ou s'il sent que son jugement risque d'être influencé par un parti pris personnel ou par l'existence de la relation double, il devrait recommander les patients à un autre médecin.
- Il n'y a aucun conflit d'intérêts à interroger une femme sur l'existence possible de violence ni à établir un plan de gestion active quand la violence est présumée ou confirmée, si son partenaire est aussi un patient.
- Il faut répondre de façon indépendante aux besoins des patients féminins et masculins de telle façon que leurs droits à l'autonomie, au secret professionnel, à l'honnêteté et à des soins de qualité soient respectés.
- On ne doit pas indiquer dans le dossier médical du partenaire masculin la possibilité de la violence ou sa confirmation par l'évaluation de la partenaire féminine.
- L'information obtenue du partenaire masculin à propos de la violence ne doit pas être inscrite dans le dossier médical de la patiente.
- Des affiches, des brochures et d'autres renseignements sur la violence faite aux femmes et destinés à des publics masculins et féminins devraient être placés dans les salles d'attente, les salles de bain et les salles d'examen.
- Quand la violence conjugale est présumée ou confirmée, le partenaire masculin ne doit pas assister à l'entretien avec sa partenaire.
- Les médecins doivent savoir s'ils exercent dans une administration où ils sont tenus (ou autorisés) par la loi de signaler les cas où il y a une menace de blessures sérieuses, et agir en conséquence.

Confidentialité

- La première chose à faire dans un cas de violence est d'affirmer à la femme que sa santé et sa sécurité sont importantes et que l'information qu'elle fournit restera confidentielle, à moins que le médecin soit tenu par la loi de la divulguer.

- Le médecin ne devrait pas parler avec le partenaire masculin de la violence présumée ou confirmée à moins que la femme y consente.
- Si le partenaire masculin parle de la violence au médecin, ce dernier ne doit pas en parler avec sa patiente à moins que le partenaire masculin y consente.
- Le personnel du cabinet ne devrait pas laisser de messages au partenaire ou sur le répondeur téléphonique de la résidence à propos de dates de rendez-vous, de tests ou de résultats. Une femme qui n'a pas encore admis qu'elle est victime de violence peut permettre aux médecins ou aux membres de leur personnel de laisser les résultats de tests, les dates de rendez-vous et d'autres renseignements sur le répondeur de sa résidence, parce qu'elle ne veut pas dire pourquoi elle préférerait qu'on ne le fasse pas.

Reconnaître et contrer la violence

- En cas de violence présumée ou confirmée, il est important (et cela ne constitue pas un conflit d'intérêts dans les relations doubles) d'évaluer le risque pour la sécurité puisque cela orientera la discussion sur la façon de procéder.
- Lorsqu'on évalue le risque pour la sécurité, il est important que le médecin ne se laisse pas influencer par l'information qu'il possède au sujet du partenaire masculin. Il est plus facile de réagir à l'ampleur et à la gravité des blessures quand on traite avec la femme de façon indépendante.
- Si une femme accepte que le médecin entre en rapport avec son partenaire, il est important qu'un plan de sécurité soit prêt, puisqu'en révélant la violence, elle peut courir un risque de représailles si la question est abordée ouvertement avec l'homme.
- Avec la permission de la femme, le médecin peut aborder le sujet de la violence avec le partenaire. Le meilleur moment pour mettre ce projet en œuvre est un rendez-vous déjà prévu. On ne sait pas très bien s'il est indiqué d'entrer en rapport avec le partenaire.
- Si les deux partenaires sont des patients du médecin, il est indiqué de proposer une consultation individuelle pourvu que le médecin soit formé pour composer avec la violence. Il est aussi indiqué de proposer un renvoi.

- Il est en général peu recommandé de tenter une thérapie conjointe ou conjugale, et cela ne devrait être tenté que si la violence a cessé. Les médecins doivent posséder une grande expérience et être très confiants qu'ils peuvent diriger une telle thérapie sans aggraver la violence, et ils doivent avoir suivi une formation portant explicitement sur le traitement des relations de violence.
- Il faut d'abord discuter avec la femme de la possibilité d'une thérapie conjointe ou conjugale, sans que le partenaire sache que c'est une possibilité, puisque quelques femmes maltraitées sont à ce point sous l'emprise de leur partenaire violent qu'elles peuvent consentir à une thérapie conjointe à cause des pressions que leur partenaire exerce ou de la crainte qu'il leur inspire.

RENVOIS

1. RODGERS, K. « Résultats d'une enquête nationale sur l'agression contre la conjointe », *Juristat : Bulletin de service*, 1994, vol. 14, n° 9, p. 1-22.
2. CRAWFORD, M., et R. GARTNER. *Woman Killing: Intimate Femicide in Ontario, 1974-1990*, Toronto (Ontario), Women We Honor Action Committee, 1992, p. 1-173.
3. ONTARIO MEDICAL ASSOCIATION COMMITTEE ON WIFE ASSAULT. *Ontario Medical Review*, 1986, vol. 53, n° 12, p. 771-779.
4. WILSON, M., et M. DALY. « Les homicides entre conjoints », *Juristat : Bulletin de service*, 1994, vol. 14, n° 8, p. 1-15.
5. AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION COUNCIL ON ETHICAL AND JUDICIAL AFFAIRS. « Physicians and domestic violence—ethical considerations », *The Journal of the American Medical Association*, 1992, vol. 267, p. 3190-3193.
6. FEDOROWYCZ, O. « L'homicide au Canada—1996 », *Juristat : Bulletin de service*, 1997, vol. 17, n° 9, p. 9.
7. STATISTIQUE CANADA et UNITÉ DE LA RECHERCHE SUR LES ARMES À FEU (Centre canadien des armes à feu). *Banque de données sur les homicides*, Ottawa, (Ontario), Statistique Canada, 1996, disponible à l'adresse électronique : <http://canada.justice.gc.ca/Orientations/CCAF/Stats/domvi_en.html#ftn1>.
8. LEESTI, T. « Les armes et les crimes de violence », *Juristat : Bulletin de service*, 1997, vol. 17, n° 7, p. 8.
9. DAY, T. *The Health-Related Costs of Violence Against Women in Canada: The Tip of the Iceberg*, London (Ontario), Centre de recherche sur la violence faite aux femmes et aux enfants, Centre d'excellence pour les soins de santé, 1995, p. 1-40.
10. MCLEER, S. V., et R. A. H. ANWAR. « A study of battered women presenting in an emergency department », *American Journal of Public Health*, 1989, vol. 79, p. 65-66.
11. NUTTALL, S., L. GREAVES et B. LENT. « Wife battering: an emerging problem in public health », *Revue canadienne de santé publique*, 1985, vol. 76, p. 297-299.
12. STARK, E., A. H. FLITCRAFT et W. FRAZIER. « Medicine and patriarchal violence: the social construction of a "private" event », *International Journal of Health Services*, 1979, vol. 9, p. 461-493.
13. URBAN/RURAL SYSTEMS ASSOCIATES (URSA) INSTITUTE. *Domestic Violence Programs: National Analysis*, San Francisco (Californie), URSA, 1980.
14. BOWKER, L. E., et L. MAURER. « The medical treatment of battered wives », *Women and Health*, 1987, vol. 12, n° 1, p. 25-47.
15. MCCAULEY, J., D. E. KERN, K. KOLODNER, L. DILL, A. F. SCHROEDER, H. K. DECHANT, et coll. « The 'battering syndrome': prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices », *Annals of Internal Medicine*, 1995, vol. 123, p. 737-746.
16. MCLEER, S. V., et R. A. H. ANWAR. « The role of the emergency physician in the prevention of domestic violence », *Annals of Emergency Medicine*, 1987, vol. 16, p. 1155-1161.

17. HAMBERGER, L. K., D. G. SAUNDERS et M. HOVEY. « Prevalence of domestic violence in community practice and rate of physician inquiry », *Family Medicine*, 1992, vol. 24, p. 283-287.
18. ONTARIO MEDICAL ASSOCIATION COMMITTEE ON WIFE ASSAULT. *Reports on Wife Assault*, Toronto (Ontario), Ontario Medical Association, janv., 1991.
19. HILBERMAN, E., et K. MUNSON. « Sixty battered women », *Victimology: The International Journal*, 1978, vol. 2, p. 460-470.
20. MEHTA, P., et L. A. DANDREA. « The battered woman », *American Family Physician*, 1988, vol. 37, p. 193-199.
21. TILDEN, V. P., T. SCHMIDT, B. J. LIMANDRI, G. CHIODO, M. GARLAND et P. LOVELESS. « Factors that influence clinicians' assessment and management of family violence », *American Journal of Public Health*, 1994, vol. 84, p. 628-663.
22. AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION. « Domestic violence » [Énoncé de position 9211], *American Journal of Public Health*, 1993, vol. 83, p. 458-463.
23. VIKEN, R. M. « Family violence: aids in recognition », *Postgraduate Medicine*, 1982, vol. 71, p. 115-122.
24. MACLEOD, L. *La femme battue au Canada : un cercle vicieux*, Ottawa, Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, 1980.
25. MORRISON, L. J. « The battering syndrome: a poor record of detection in the emergency department », *Journal of Emergency Medicine*, 1988, vol. 6, p. 521-526.
26. SUGG, N. K., et T. INUI. « Primary care physicians' response to domestic violence: opening Pandora's box », *The Journal of the American Medical Association*, 1992, vol. 267, p. 3157-3160.
27. FERRIS, L. E., et F. TUDIVER. « Family physicians' approach to wife abuse: a study of Ontario Canada Practices », *Family Medicine*, 1992, vol. 24, p. 276-282.
28. FERRIS, L. E. « Canadian family physicians' and general practitioners' perceived effectiveness in wife abuse », *Medical Care*, 1994, vol. 32, p. 1163-1172.
29. FERRIS, L. E., M. MCMAIN-KLEIN et L. SILVER. « Documenting wife abuse: a guide for physicians », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1997, vol. 156, p. 1015-1022.
30. BRAHAM, R., K. K. FURNISS, H. HOLTZ et M. E. STEVENS. « *Hospital Protocol on domestic violence* », Morristown (New Jersey), Jersey Battered Women's Services Inc, 1986.
31. HARGOT, L. A. « Current concepts in medical practice », *Ontario Medical Review*, 1985, vol. 52, n° 8, p. 439.
32. WALKER, L. E. *The battered woman*, New York, Harper & Row Publishers, 1979.
33. SALBER, P. et E. TALIAFERRO. *The physician's guide to domestic violence: how to ask the right questions and recognize abuse*, Volcano (Californie), Volcano Press, 1995, p. 51-58.
34. HENDERSON, A. « Critical care nurses need to know about abused women », *Critical Care Nurse*, 1992, vol. 12, p. 27-30.
35. KIRKLAND, K. « Assessment and treatment of family violence », *Journal of Family Practice*, 1982, vol. 14, p. 713-718.
36. HILLARD, P. J. A. « Physical abuse in pregnancy », *Obstetrics and Gynecology*, 1985, vol. 66, p. 185-190.
37. SASSETTI, M. R. « Domestic violence », *Primary Care*, 1993, vol. 20, p. 289-305.
38. US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. « Screening for violent injuries », *Guide to Clinical Preventive Services: An Assessment of the Effectiveness of 169 Interventions*, Baltimore (Maryland), Williams and Wilkins, 1989, p. 271-275.

39. GAZMARARIAN, J., S. LAZORICK, A. SPITZ, T. BALLARD, L. SALTZMAN et J. MARKS. « Prevalence of violence against pregnant women », *The Journal of the American Medical Association*, 1996, vol. 275, p. 1915-1920.
40. BALLARD, T. J., L. E. SALTZMAN, J. A. GAZMARARIAN, A. M. SPITZ, S. LAZORICK et J. S. MARKS. « Violence during pregnancy: measurement issues », *American Journal of Public Health*, 1998, vol. 88, p. 274-276.
41. GELLES, R. J., et M. A. STRAUS. *Intimate violence. The Causes and Consequences of Abuse in the American Family*, New York (New York), Simon and Schuster Inc., 1988.
42. STATISTIQUE CANADA. « L'enquête sur la violence faite aux femmes », *Le Quotidien*, 1993, 18 nov., p. 4-5.
43. NEWBERGER, E. H., S. E. BARKAN, E. S. LIEBERMAN, M. C. MCCORMICK, K. YLLO, L. T. GARY et coll. « Abuse of pregnant women and adverse birth outcome. Current knowledge and implications for practice » [recension des écrits], *The Journal of the American Medical Association*, 1992, vol. 267, p. 2370-2372.
44. HILBERMAN, E. « The 'wife-beater's wife' reconsidered », *American Journal of Psychiatry*, 1980, vol. 137, p. 1336-1347.
45. LENT, B. « Wife abuse in pregnancy: the role of the physician », *Perinatal Outreach Program for Southwestern Ontario Newsletter*, 1991, vol. 9, p. 1-2.
46. GELLES, R. J. « Violence and pregnancy: a note on the extent of the problem and needed services », *The Family Co-ordinator*, janv., 1975, p. 81-85.
47. HELTON, A. S., J. MCFARLANE et T. A. ANDERSON, « Battered and pregnant: a prevalence study », *American Journal of Public Health*, 1987, vol. 77, p. 1337-1339.
48. STEWART, D. E. « Incidence of post partum abuse in women with a history of abuse during pregnancy », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1994, vol. 151, p. 1601-1604.
49. MCFARLANE, J., B. PARKER et K. SOEKEN. « Abuse during pregnancy: associations with maternal health and infant birth weight », *Nursing Research*, 1996, vol. 45, p. 37-42.
50. RUSSELL, D. E. H. *Rape in marriage*, New York (New York), Macmillan, 1982.
51. FRIEZE, I. H. *Causal attributions as mediators of battered women's response to battering*, Pittsburgh (Pennsylvanie), Department of Psychology, University of Pittsburgh, 1980, NIMH grant # 1 R01 MH30193.
52. AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. *Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence*, Chicago (Illinois), American Medical Association, 1992, p. 1-19.
53. AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS. « Violence against women: relevance for medical practitioners », *The Journal of the American Medical Association*, 1992, vol. 267, p. 3184-3189.
54. KOSS, M. P., C. A. GIDYCH et N. WISNIEWSKI. « The scope of rape: incidence and prevalence of sexual aggression and victimization in a national sample of higher education students », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1987, vol. 55, p. 162-170.
55. KOSS, M. P., T. E. DINERO, C.A. SEIBEL, et S. COX. « Stranger and acquaintance rape: are there differences in the victim's experience? » *Psychology of Women Quarterly*, 1988, vol. 12, p. 1-24.
56. SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIEUS ET DES GYNÉCOLOGUES DU CANADA. « La violence faite aux femmes » [déclaration de principe], *Journal de la Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada*, 1996, vol. 18, p. 803-807.
57. TOLMAN, R. M., et J. L. EDLESON, « Cognitive-behavioral intervention with men who batter », dans B. A. Thyer, (éd.). *Behavioral Family Therapy*, Springfield (Illinois), Thomas, 1989, p. 169-190.

58. AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS COMMISSION ON SPECIAL ISSUES AND CLINICAL INTERESTS. « Family violence: an AAFP white paper », *American Family Physician*, 1994, vol. 50, p. 1636-1646.
59. JACKSON, J. « Understanding survival responses of battered women », *Maryland Medical Journal*, 1994, vol. 43, n° 10, p. 130-135.
60. PENCE, E. « Batterer programs: shifting from community collusion to community confrontation », dans P. L. Caesar et L. K. Hamberger (éd.), *Treating men who batter: theory, practice and programs*, New York (New York), Springer, 1989, p. 24-50.
61. BALDWIN, L. « Violence against women: what can physicians do? » *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 1995 (juillet), p. 19-25.
62. TOLMAN, R. M. « Psychological abuse of women », dans R. T. Ammerman et M. Hersen (éd.), *Assessment of Family Violence — A Clinical and Legal Sourcebook*, Toronto (Ontario), John Wiley and Sons, Inc. 1992, p. 291-310.
63. HOUSKAMP, B. « Assessing and treating battered women: a clinical review of issues and approaches », dans *New Directions for Mental Health Services*, San Francisco (Californie), Josey-Bass, 1994, p. 78-89.
64. JAFFE, P., D. WOLFE, S. WILSON et L. ZAK. « Emotional and physical health problems of battered women », *Revue canadienne de psychiatrie*, 1986, vol. 31, p. 625-629.
65. CARMEN, E., P. P. RIEKER et T. MILLS. « Victims of violence and psychiatric illness », *American Journal of Psychiatry*, 1984, vol. 141, p. 378-383.
66. HERMAN, J. « Histories of violence in an outpatient population: an exploratory study », *American Journal of Orthopsychiatry*, 1986, vol. 56, p. 137-141.
67. KURZ, D., et E. STARK. « Not-so benign neglect: the medical response to battering », dans K. Yllo (éd.), *Feminists' Perspectives on Wife Abuse*, Newbury Park (Californie), Sage Publishing, 1988, p. 249-266.
68. HENDRICKS-MATTHEWS, M. « Survivors of abuse: health care issues » [survol], *Primary Care*, 1993, vol. 20, p. 391-406.
69. KILPATRICK, D., C. L. BEST, L. J. VERONEN, A. E. AMICK, L. A. VILLEPONTEAUX et G. A. RUFF. « Mental correlates of criminal victimization: a random community survey », *Journal of Consulting and Clinical Psychiatry*, 1985, vol. 53, p. 866-873.
70. GROENEVELD, J., et M. SHAIN. *Drug Abuse Among Victims of Physical and Sexual Abuse: A Preliminary Report*, Toronto (Ontario), Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie, 1989.
71. RATNER, P. « The incidence of wife abuse and mental health status in abused wives in Edmonton, Alberta », *Revue canadienne de santé publique*, 1993, vol. 84, p. 246-249.
72. FINN, J. « The stresses and coping behavior of battered women », *Social Casework*, 1985, vol. 66, p. 341-349.
73. SHARPE, G. *The Law and Medicine in Canada*, Toronto (Ontario), Butterworths, 1987, p. 173-177.
74. BUTTS, J. D. « Injuries — description, documentation, evidence issues », *North Carolina Medical Journal*, 1994, vol. 55, p. 423-427.
75. BRYANT, W. G., et S. PANICO. « Physicians' legal responsibilities to victims of domestic violence », *North Carolina Medical Journal*, 1994, vol. 55, p. 418-421.
76. Direction des services de santé, Direction générale des programmes et des services de santé, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. *Guide pour l'établissement de normes : Soins de santé liés aux mauvais traitements, aux voies de fait, à la négligence et à la violence familiale*, Ottawa (Ontario), Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1989, n° de catalogue H39-49/4-1989F, ISBN.
77. ROTH, M. E. « The general practitioner and the problems of battered women », *Journal of Medical Ethics*, 1979, vol. 5, p. 117-123.

78. BINNEY, V., G. HARKELL et J. NIXON. *Leaving Violent Men*, Londres, R.-U., Women's AID Federation, 1981.
79. FRIEDMAN, L. S., J. H. SAMET, M. S. ROBERTS, M. HUDLIN et P. HANS. « Inquiry about victimization experiences. A survey of patient preferences and physician practices », *Archives of International Medicine*, 1992, vol. 152, p. 1186-1190.
80. ABBOTT, J., R. JOHNSON, J. KOZIOL-MCLAIN et S. R. LOWENSTEIN. « Domestic violence against women. Incidence and prevalence in an emergency department », *The Journal of the American Medical Association*, 1995, vol. 273, p. 1763-1767.
81. ALPERT, E. « Violence in intimate relationships and the practicing internist: new "disease" or new agenda », *Annals of Internal Medicine*, 1995, vol. 123, p. 774-781.
82. ROUNSAVILLE, B., et M. M. WEISSMAN. « Battered women: a medical problem requiring detection », *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 1977-1978, vol. 8, n° 2, p. 191-202.
83. PAHL, J. « The general practitioner and the problems of battered women », *Journal of Medical Ethics*, 1979, vol. 5, p. 117-123.
84. US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. *Guide to Clinical Preventive Services*, 2^e éd., Baltimore (Maryland), Williams and Wilkins, 1996, p. 555-566.
85. STRAUSS, M. A., R. J. GELLES et S. K. STEINMETZ. *Beyond Closed Doors: Violence in the American Family*, Garden City (New Jersey), Anchor Press/Doubleday, 1980.
86. SCHIFRIN, E., et C. WALDRON. *Identifying and treating battered adult and adolescent women and their children: a guide for health care providers*, (Boston), Women's Health Unit, Division of Youth and Adult Health, 1992.
87. KELLY, L. « How women define their experience of violence », dans K. Yllo et M. Bograd (éd.). *Feminist Perspectives on Wife Abuse*, Newbury Park (Californie), Sage Publishing, 1988, p. 114-132.
88. JAFFE, P. G., D. A. WOLFE et S. K. WILSON. *Children of battered women*, Thousand Oaks (Californie), Sage Publishing, 1990.
89. GHENT, W. R., N. P. DASYLVA et M. E. FARREN. « Family violence: guidelines for recognition and management », *Revue de l'Association médicale canadienne*, 1985, vol. 132, p. 541-553.
90. COLLÈGE DES MÉDECINS ET DES CHIRURGIENS DU MANITOBA. *Abuse in personal relationships*, juin 1997, disponible à l'adresse électronique : http://www.umanitoba.ca/cgi_bin/cps/college.cgi/163.html.
91. BISHOP J., et P. G. R. PATTERSON. « Guidelines for the evaluation and management of family violence », *Revue canadienne de psychiatrie*, 1992, vol. 37, p. 458-471.
92. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. *The Obstetrician-Gynecologists and Primary Preventive Health Care*, Washington (D.C.), American College of Obstetricians and Gynecologists, 1993.
93. WALLER, A. E., S. M. HOHENHAUS, P. J. SHAH et E. A. TERN. « Development and validation of an emergency department screening and referral protocol for victims of domestic violence », *Annals of Emergency Medicine*, 1996, vol. 27, p. 754-760.
94. PINDER, L. « The physical and emotional abuse of women » [document de travail], dans *Physicians' Guide to Helping the Victims of Abuse*, Fredericton (Nouveau-Brunswick), Sous-comité de la violence familiale, Société médicale du Nouveau-Brunswick, 1990.
95. GOLDBERG, W. G. « Behavioural assessment of the physically abused », dans C.G. Warner et G.R. Braen (éd.). *Management of the Physically and Emotionally Abused*, Norwalk (Connecticut), Appleton-Century-Crofts, 1982, p. 111-125.
96. MCFARLANE, J., K. CHRISTOFFEL, L. BATEMAN, V. MILLER et L. BULLOCK. « Assessing for abuse: self-report versus nurse interview », *Public Health Nurse*, 1991, vol. 8, n° 4, p. 245-250.

97. JEZIERSKI, M. « Abuse of women by male partner: basic knowledge for emergency nurses », *Journal of Emergency Nursing*, 1994, vol. 20, p. 361-372.
98. AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS. *Domestic Violence: Position Paper of the American College of Physicians*, Philadelphia (Pennsylvanie), American College of Physicians, 1986.
99. GONDOLF, E. W. et E. R. FISHER. « Wife battering », dans *Case Studies in Family Violence*, Ammerman, R.T., et Hersen, M., New York (New York), Plenum Press, 1991, p. 273-292.
100. FURNISS, K. K. « Screening for abuse in the clinical setting », *AWHONNS Clinical Issues in Perinatal & Womens Health Nursing*, 1993, vol. 4, p. 402-406.
101. BORINS, M. « On the alert for domestic abuse », *Patient Care*, 1996, vol. 7, n° 6, p. 48-65.
102. DANSYS CONSULTANTS INC. *Les homicides familiaux perpétrés avec arme à feu*, document de travail, ministère de la Justice du Canada, mars 1992, document n° WD1992-20f, p. 35.
103. EGGER, S. J., et J. CRANCHER. « Wife battering: analysis of the victim's point of view », *Australian Family Physician*, 1982, vol. 11, p. 830-832.
104. GREAVES, L., N. HEAPY et A. WYLIE. « Advocacy services: reassessing the profile and needs of battered women », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 1988, vol. 7, n° 2, p. 39-51.
105. WOLFE, D., P. G. JAFFE, S. K. WILSON et L. ZAK. « Children of battered women: the relationship of child behaviour to family violence and maternal stress », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1985, vol. 53, p. 657-665.
106. HOFF, L. A. « Women in violent relationships: why they stayed », dans Anonyme, *Battered Women as Survivors*, New York (New York), Routledge, 1990, p. 32-55.
107. CHEZ, R. A., et R. F., III. JONES. « The battered woman », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1995, vol. 173, n° Pt 1, p. 677-679.
108. MACLEOD, L. *Espoirs et déceptions dans le domaine des femmes battues : progrès, dilemmes et perspectives de prévention*, Ottawa (Ontario), Centre national d'information sur la violence dans la famille, Division de la prévention de la violence familiale, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1989.
109. MACLEOD, L., et M. Y. SHIN. *Comme un oiseau sans ailes : éloge au courage et à l'endurance des femmes maltraitées qui ne parlent ni l'anglais ni le français*, Ottawa (Ontario), Centre national d'information sur la violence dans la famille, Division de la prévention de la violence familiale, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1993, p. 1-50.
110. BURRIS, C. A., et P. JAFFE. « Wife abuse as a crime: the impact of police laying charges », *Revue canadienne de criminologie*, 1983, vol. 25, p. 309-318.
111. JAFFE, P., D. WOLFE, A. TELFORD et G. AUSTIN. « The impact of police charges in incidents of wife abuse », *Journal of Family Violence*, 1986, vol. 1, n° 1, p. 37-49.
112. SHERMAN, L. W., et R. A. BERK. « The specific deterrent effects of arrest for domestic assault », *American Sociological Review*, 1984, vol. 49, p. 261-272.
113. GREENE, V., et D. RAJAN-EASTCOTT. *Resource Manual on Best Practice — Metro Woman Abuse Protocol Project*, 1994 (inédit).
114. BAIN, J. « Spousal assault: the criminal justice system and the role of the physician », *Ontario Medical Review*, 1989, vol. 56, n° 1, p. 20-22, 24-28, 49.
115. VOGL, R., et N. BALA. *Témoigner en faveur des enfants : guide à l'intention des professionnels*, Toronto (Ontario), Institut pour la prévention de l'enfance maltraitée, 1989.
116. SNEIDERMAN, B., J. C. IRVINE et P. H. OSBORNE. *Canadian Medical Law: An Introduction for Physician and Other Health Care Professionals*, Toronto (Ontario), Carswell Co. Ltd, 1989.

117. *R. c. Streu* (1989), 48 C.C.C. (3^e) 321 à 328 (C.S.C.).
118. MORGAN, E. M. « Hearsay and non-hearsay », *Harvard Law Review*, 1935, vol. 48, p. 1138-1160.
119. *Ares c. Venner* (1970), S.C.R. 608; inf. 70 W.W.R. 96.
120. *R. c. Laverty* (n° 2) (1979), 47 C.C.C. (2^e) 60 (C.A. Ont.).
121. AWERBUCH, M. « The doctor as expert witness », *The Medical Journal of Australia*, 1993, vol. 159, p. 206-208.
122. HERDY, W. M. « The doctor as expert witness » [lettre], *The Medical Journal of Australia*, 1993, vol. 159, p. 568.
123. *R. c. Abbey* (1982), 68 C.C.C. (2^e) 394 (C.S.C.).
124. *R. c. Stevenson* (1990), 58 C.C.C. (3^e) 464 (C.A. Ont.).
125. *R. c. Lavalle* (1990), 78 C.R. (3^e) 329, inf. (1988) 65 C.R. (3a) 387.
126. *CR. c. B. (K.G.)* (1993), 79 C.C.C. (3^e) 257 (C.S.C.).
127. *R. c. U (F.J.); R. v. Khan* (1990), 59 C.C.C. (3^e) 92 (C.S.C.).
128. *R. c. Mohamed* (19 mai 1989), DOC V 00771 (C.A.C.-B.) (1991), 64 C.C.C. (3^e) 1 (C.A.C.-B.).
129. ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE. *Code de déontologie*, Ottawa (Ontario), Association médicale canadienne, 1992, article 6.
130. ROZOVSKY, L. *Canadian Patient's Book of Rights: A Consumer's Guide to Canadian Health Law*, Toronto (Ontario), Doubleday Canada, 1994, p. 81-96.
131. *R. c. Stinchcombe* (1991), 3 R.C.S. 326.
132. *Kingston's (Duchess) Case* (1776), 20 State Tr. 355.
133. GRANT, D. « US Report on violence in the medical workplace may hold lessons for Canadian MDs », *Revue de l'Association médicale canadienne*, 1995, vol. 153, p. 1651-1652.
134. BURGESS, A. W., A. G. BURGESS et J. E. DOUGLAS. « Examining violence in the workplace », *Journal of Psychosocial Nursing*, 1994, vol. 32, n° 7, p. 11-15.
135. AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION DEPARTMENT OF YOUNG PHYSICIAN SERVICES. *Violence Prevention in the Medical Workplace: Prevention Strategies*, Chicago (Illinois), AMA-YPS, 1993.
136. HART, B. « Beyond the "duty to warn" — a therapist's "duty to protect" battered women and children », dans K. Yllo et M. Bograd (éd.). *Feminist Perspectives on Wife Abuse*, Thousand Oaks (Californie), Sage Publishing, 1988, p. 234-248.
137. SONKIN, D. J., D. MARGIN et L. E. WALKER. *The Male Batterer: A Treatment Approach*, New York (New York), Springer Publishing Co Inc., 1985.
138. STRAUSS, M. A. « Measuring intrafamily conflict and violence: the Conflict Tactics (CT) scale », *Journal of Marriage and the Family*, 1979, vol. 41, p. 75-88.
139. NEIDIG, P. *The Modified Conflict Tactics Scale*, Beaufort (Caroline du Sud), Behavioural Science Associates, 1986.
140. BURGE, S. K. « Violence against women as a health care issue », *Family Medicine*, 1989, vol. 21, p. 368-373.
141. RATH, G. D., et L. G. JARRAT. « Battered wife syndrome: overview and presentation in the office setting », *South Dakota Journal of Medicine*, 1990, vol. 43, p. 19-25.
142. BROWNE, A., et K. R. WILLIAMS. « Exploring the effect of resource availability and the likelihood of female-perpetuated homicides », *Law Society Review*, 1989, vol. 23, p. 75-79.
143. ROBINSON, G. E. « Treating female patients », *Revue de l'Association médicale canadienne*, 1994, vol. 150, p. 1427-1430.
144. HERBERT, C. P. « Family violence and family physicians, opportunity and obligation », *Médecin de famille canadien*, 1991, vol. 37, p. 385-390.

145. MARZUK, P. M., K. TARDIFF et C. S. HIRSCH. « The epidemiology of murder-suicide », *The Journal of the American Medical Association*, 1992, vol. 267, p. 3179-3183.
146. THOMAS, P., et N. R. LOWITT. « Clinical problem-solving: a traumatic experience », *New England Journal of Medicine*, 1995, vol. 333, p. 307-310.
147. HANSEN, J. P., J. BOBULA, D. MEYER, K. KUSHNER et K. PRIDHAM. « Treat or refer: patients' interest in family physician involvement in their psychosocial problems », *Journal of Family Practice*, 1987, vol. 24, p. 499-503.
148. MCFARLANE, J., K. SOEKEN, S. REEL, B. PARKER et C. SILVA. « Resource use by abused women following an intervention program: associated severity of abuse and reports of abuse ending », *Public Health Nurse*, 1997, 14, p. 244-250.
149. WALKER-HOOPER, A. « Domestic violence: responding to victim's needs » dans C. G. Warner (éd.). *Conflict intervention in social and domestic violence*, 1981, Bowie, MD : Brady, p. 185-215.
150. BROWN, J. B., B. LENT et G. SAS. « Identifying and treating wife abuse », *Journal of Family Practitioners*, 1993, 36, p. 185-191.
151. BRENNAN, A. F. « Political and psychosocial issues in psychotherapy for spouse abusers: implications for treatment », *Psychotherapy*, 1985, 22, p. 643-654.
152. DESCHNER, J. P. *The hitting habit: anger control of battering couples*. New York, Free Press, 1984.
153. EDLESON, J. « Working with men who batter », *Social Work*, 1984, 29, p. 237-242.
154. PURDY, F., et N. NICKLE. « Practice principles for helping men who batter », *Social Work With Groups*, 1982, 4(3/4), p. 111-122.
155. PALMER, S. E., R. A. BROWN et M. E. BARRERA. « Group treatment program for abusive husbands: long-term evaluation », *American Journal of Orthopsychiatry*, 1992, 62, p. 276-283.
156. CHEZ, R. A. « Woman battering », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1988, 158, p. 1-4.
157. BUEL, S. M., et J. D. HARVARD « Family violence: practical recommendations for physicians and the medical community », *Women's Health Issues*, 1995 vol. 5, n° 4, p. 158-172.
158. PUBLIC EXPECTATIONS WORKING GROUP, SURVIVORS OF VIOLENCE AGAINST WOMEN. *Some Views on Their Expectations of Physicians*. Hamilton, EFPO Community Advisory Committee, 1993, Document de travail n° 9.
159. FERRIS, L. E., P. NORTON, E. V. DUNN, E. H. GORT et N. F. DEGANI. « Guidelines for managing domestic abuse when male and female partners are patients of the same physician », *Journal of the American Medical Association*, 1997, vol. 278, n° 10, p. 851-857.
160. FERRIS, L. E., H. BARKUN, J. CARLISLE, B. HOFFMAN, C. KATZ et M. SILVERMAN. *Final Recommendations of Ontario's Medical Expert Panel on Duty to Inform*. Toronto, Institute for Clinical Evaluative Sciences in Ontario, 1997, Rapport technique n° 97-04-TR.
161. FERRIS, L. E., H. BARKUN, H. CARLISLE, B. HOFFMAN, C. KATZ et M. SILVERMAN. « Consensus statement from Ontario's Medical Expert Panel on the Duty to Inform », *Canadian Medical Association Journal*, (sous presse) 1998.
162. FERRIS, L. E. « Protecting the public from harm » [editorial], *British Medical Journal*, 1998, 316, p. 1033-1034.